

**UNIVERSIDAD AMERICANA  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**CAUSAS DE APRENSION AL TRATAMIENTO DENTAL EN NIÑOS DE 7 A 10  
AÑOS QUE ESTUDIAN EN EL COLEGIO BAUTISTA DE MASAYA,  
NOVIEMBRE 2004.**

**CARLA MARIA CARDENAS MORALES.**

**Monografía para optar al grado de:  
Cirujano Dentista**

**Profesor Tutor:  
Lic. Roxana Gutiérrez**

**Managua, Nicaragua, Marzo 2005**

## **INDICE GENERAL**

<b>INTRODUCCION</b>	
<b>I –OBJETIVOS.....</b>	<b>1</b>
<b>II -MARCO TEORICO</b>	
<b>A –GENERALIDADES.....</b>	<b>2</b>
1-APRENSION.....	2
a-CONCEPTO.....	2
b-TIPOS DE MIEDO.....	4
2-CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD SEGÚN EDAD.....	5
<b>B-CAUSAS DE APRENSION.....</b>	<b>10</b>
1-INFLUENCIAS DE LOS PADRES.....	10
<b>C- TECNICAS PARA SUPERAR CAUSAS DEAPRENSION.....</b>	<b>17</b>
1-MODIFICACION DE CONDUCTAS.....	17
2-DECIR MOSTRAR HACER.....	18
3-DE REFUERZO.....	19
4-DESENSIBILIZACION.....	20
5-MODELADO.....	21
6-MANO SOBRE LA BOCA.....	22
7-SEDACION.....	22
8-HIPNOSIS.....	23
9-ANESTESIA GENERAL.....	23
<b>D-ASPECTO DE L AMBIENTE DE TRABAJO.....</b>	<b>24</b>
1-PERSONALIDAD DEL ODONTOLOGO Y SU AUXILIAR.....	24
2-MOMENTO Y DURACION DE LA VISITA.....	26
3-ATENCIONES AL PACIENTE INFANTIL.....	27
4-AMBIENTE DEL CONSULTORIO.....	29
<b>E-INSTRUCCIONES A LOS PADRES.....</b>	<b>30</b>
<b>III-HIPOTESIS.....</b>	<b>33</b>
<b>IV-MATERIAL Y METODO.....</b>	<b>34</b>
<b>V-RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>VI-ANALISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>72</b>

<b>VII-CONCLUSIONES.....</b>	<b>77</b>
------------------------------	-----------

<b>VIII-RECOMENDACIONES.....</b>	<b>79</b>
----------------------------------	-----------

**ANEXOS**

1-INDICE DE TABLAS.

2-INDICE DE GRAFICOS.

3- INSTRUCTIVO

4-INSTRUMENTO

**BIBLIOGRAFIA.**

## **DEDICATORIA**

Primeramente a Dios, por ser el creador omnipotente de darme la vida, y haberme ayudado a alcanzar el objetivo de ser una profesional para servir a la comunidad.

A la vez a nuestra Madre Maria Santísima, por interceder siempre por mí, por guiarme y protegerme en el camino de la vida.

A mi mamá, Olga María, que me brinda apoyo incondicional en el transcurso de mi vida y en los problemas que se me han presentado a lo largo de mi carrera.

A mi papá, Carlos Manuel que con su esfuerzo me dio la oportunidad de estudiar en una prestigiosa universidad.

A todas aquellas personas que de una u otra forma me ayudaron, confiaron en mí, para realizar un buen trabajo.

Carla María Cárdenas Morales.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darme sabiduría, perseverancia, para llegar a culminar mis estudios, y convertirme en profesional.

A mis padres, que con sacrificio y esfuerzo me brindaron todo lo que estuvo a su alcance.

Al claustro de docentes por transmitir sus conocimientos a lo largo de todos estos años, especialmente, Dra. Lilly Cantón, Dr. José Lacayo, Dra. Vilma Marcos, por su labor tan ardua como Odontopediatras.

A la directora del Colegio Bautista de Masaya, por permitirme realizar este estudio.

A Lic. Roxana Gutiérrez, por brindarme su valioso tiempo, en la realización de este trabajo monográfico.

A todos los niños que participaron en dicho estudio.

A todos los que laboran en la facultad de odontología.

Carla María Cárdenas Morales.

## **INTRODUCCION**

Para un mejor éxito en el tratamiento dental en pacientes infantiles, debe tenerse en cuenta la conducta de ellos, basándose en su comportamiento al iniciar el diagnóstico en la primera consulta.

Existen tres factores que rigen la conducta del niño: la madurez, sus rasgos de responsabilidad y su ambiente. Los dos primeros factores apenas están sometidos a interferencias y demandas externas en las que intervenga el adulto, mientras que el ambiente es variable y está sometido, hasta cierto punto a nuestro control.

Es importante la utilización de técnicas apropiadas que permitan brindar un tratamiento de alta calidad cualquier técnica se debe aplicar de acuerdo a la edad ,tipo de tratamiento, estado mental y/o físico del paciente.

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), el manejo del comportamiento es una interacción continua entre el niño y el odontólogo, dirigida hacia la comunicación y educación, con el fin de calmar la ansiedad y el miedo y lograr una buena salud oral que favorezca el entendimiento del proceso .

Estudios publicados, demuestran que, entre un 5 – 20% de la población infantil son aprensivos al tratamiento dental, según investigaciones realizadas por la Dra. Catalá, profesora de Odontología de la Universidad de Valencia, explicó que el miedo depende en gran parte de la preparación y adiestramiento del profesional para condicionar en el niño una actividad positiva hacia el tratamiento dental, pero también puede estar relacionado por influencias familiares y sociales.

Otro estudio publicado en Internet realizado por estudiantes de la Universidad de Barcelona España, Febrero del año 2004, el cual se tituló “Conocimientos básicos para auxiliares sobre el manejo de la ansiedad dental en niños”: concluyeron que para lograr con éxito el tratamiento dental de un niño en la consulta, el equipo de trabajo debe comprender la conducta de los niños y de los padres, así como ganarse la confianza de ambos.

Otro estudio que influyó en la realización de esta investigación , fue el realizado por residentes de Odontología de la Universidad Metropolitana de España, sobre la

evaluación del comportamiento de niños de difícil manejo, utilizando la técnica de modelado con video preoperatorio a niños de 4 – 6 años, en el periodo de Septiembre de 1997 y Abril de 1998. En este estudio cuasi experimental se seleccionaron 15 niños de difícil manejo, pre-clasificados como: definitivamente negativos y levemente negativos según la escala de Frank. Se realizó un video con una duración de 5 minutos, éste muestra una cita operatoria normal de un niño de buen comportamiento. Los resultados indican que la técnica es efectiva.

El marco teórico de esta monografía, presenta el concepto de aprensión, los diferentes tipos de miedo y sus posibles causas, así como características de personalidad en los niños de 0-18(Pinkham).En otro aspecto se señalan algunas técnicas para mejorar las causas de aprensión ,una de las mayores razones para evitar el tratamiento dental pueden ser expresiones médicas y dentales traumáticas pasadas así como el ambiente de trabajo que es una de las principales causas en los niños .

Esta investigación es de tipo retrospectiva, se efectuó en el Colegio Bautista de Masaya donde se seleccionaron a 56 niños y niñas entre los 7 y 10 años de edad. Para la recopilación de información se empleó: una guía de entrevista, previamente estructurada, utilizando lenguaje adecuado para los entrevistados (niñ@s), grabadora, cassettes, baterías, lapiceros, lista con los nombres de los niños (as) que estuvieron dispuestos a colaborar.

Con este estudio se desea destacar la necesidad de conocer más sobre el abordaje infantil con respecto al tratamiento dental, para la realización de trabajos dentales satisfactorios y contar con la total cooperación del niño(a). Para ello, se debe tomar en cuenta los factores psicológicos y sociológicos que han contribuido a las actitudes y modelos de comportamiento y que aun son significativos en la edad adulta manifestando fobias o pánico en los tratamientos dentales. El éxito en el tratamiento dental del niño no solo es esencial para completar los procedimientos bucales, sino también para establecer una buena base para la futura aceptación de los servicios odontológicos por parte del paciente durante su vida.

## **I-OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar las causas de aprensión al tratamiento dental en niños (as) de 7 a 10 años que estudian en el Colegio Bautista de Masaya, Noviembre 2004.

### **Objetivos Específicos:**

- 1-Describir el ambiente del consultorio como factor de aprensión del niño (a).
- 2-Describir la percepción del niño (a) hacia el dentista.
- 3-Determinar cómo las actitudes de los padres hacia el tratamiento dental repercuten en la conducta de los niños (as) a tratar.
- 4-Establecer la relación del sexo y edad en la manifestación de la aprensión al tratamiento dental.



## **II-MARCO TEORICO.**

### **A-Generalidades**

#### **1-Aprensión.**

##### **a- Concepto.**

El infante es un ser en constante desarrollo, es por ello que las características del escenario social en el que vive influye virtualmente sobre cada faceta de su conducta, su percepción es inducida en alto grado por los que le rodean .ciertos esfuerzos para explicar la conducta del niño subrayan con frecuencia el medio ambiente o la cultura como factores de primera importancia ,otros señalan las características del individuo, es decir su personalidad,, sus motivos sus actitudes y otras características, la conducta es considerada como resultado de la interacción de ambos conjuntos de influencias ,por eso se define como conducta cualquier acto que pueda ser observado registrado y estudiado que incide en el comportamiento..

El lenguaje ejerce importante influencia sobre la percepción del niño(a). la percepción no es una respuesta rígida ligada al estímulo y determinada exclusivamente por las características físicas del medio ambiente, sino mas bien un proceso bipolar que es la resultante de la interacción de las condiciones del estímulo y de los factores que actúan dentro de este.

El niño se encuentra en una etapa de aprendizaje de imitación ya sea de sus padres o de un adulto en particular. El aprendizaje puede ser definido como el proceso en que se origina la conducta debido a la experiencia.

Después de años de estudio, los psicólogos han llegado a la conclusión de que no es tan sencillo asociar un determinado estímulo con una sensación de miedo concreta como proponía Watson, dado que es la experiencia de cada persona la que determina si va a sentir temor o no.

El miedo que se pueda experimentar es objetivo, perfectamente justificado y nos protege de una serie de peligros a lo desconocido, tanto a nivel consciente como inconsciente; a nivel inconsciente se efectúa a través del uso de mecanismos de defensa(S Freud).

La fobia suele manifestarse cuando experimentamos obsesión ante objetos, situaciones o incluso sensaciones que la persona reconoce como absurdas e injustificadas, pero que sin embargo, no puede enfrentar.

Para fines de este trabajo se utiliza el término aprensión que tiene un significado de temor, escrúpulo, desconfianza, opinión infundada o extraña.

Algunos términos que también podemos mencionar y que están relacionados con esta investigación se definen a continuación.

**a- Miedo:** Perturbación angustiosa del ánimo ante un peligro real o imaginario, presente o futuro. Temor o recelo de que suceda algo contrario a lo que se desea.

**b- Temor:** Miedo, sentimientos de inquietud, incertidumbre. Recelo, aprensión hacia algo.

**c- Ansiedad:** Estado de inquietud o zozobra del ánimo.

Estado tenso de la psiquis frente a un peligro indeterminado acompañado de un sentimiento de inseguridad.

**d- Fobia:** Temor irracional a ciertos objetos y situaciones personales.

**e- Pánico:** Terror o miedo muy grade.

El concepto de miedo es definido en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua (s/v) (" del latín metus ") perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario. Recelo o aprensión que tiene de que le suceda una cosa contraria a lo que desea.

Partiendo de esta definición, de la cual podemos extraer que el miedo modifica nuestra forma de estar sobre manera, ya sea por algo interior o exterior, real o ficcional, el Diccionario Oxford argumenta que las causas principales del miedo serían la exposición a una estimulación traumática, la exposición repetida a una exposición sub traumática (sensibilización), la observación directa o indirecta de personas que muestran miedo y la recepción de información que lo provoca el significado de Traumática, es un acontecimiento de gran impacto emocional en la vida de un individuo que le provoca trastornos síquicos duraderos como consecuencia de su incapacidad de respuesta adecuada.

## **b-TIPOS DE MIEDO <sup>1</sup>.**

### **b.1- TEMORES OBJETIVOS:**

Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable. Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas.

Un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital o que ha sufrido intensos dolores infligidos por personas con uniformes blancos, puede desarrollar un miedo interno a los uniformes similares de los dentistas o los higienistas dentales. Incluso el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables puede causar temores injustificados. Un diente doloroso puede asociar dolor con Odontología y causar aprensión hacia la visita dental. El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones todavía mayores.

### **b.2 TEMORES SUBJETIVOS:**

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño o que cree a partir de conversaciones de adultos, o por personas que le rodean, sin que los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad y sin experiencia, al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres y otras personas, pronto desarrollará aversión a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo, permanece en la mente del niño, y con la vívida imaginación de la infancia, se agranda y se vuelve imponente.

Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juegos sobre los supuestos terrores del consultorio dental los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible. Shoban y Borland informaron que en los adultos el miedo a la

---

<sup>1</sup> Consejos a los Padres y Comportamiento del niño. S. Finn. pp 16 - 18

Odontología estaba principalmente basado en lo que hablaron sus padres sobre ellos. En niño, como en adulto, lo que más temor infunde es oír hablar a padres o amigos de experiencias desagradables en el consultorio dental.

Las personas en general presentan temor intenso a lo desconocido, y en los niños esto se hace mas evidente. La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la Odontología . Es imperativo que los padres informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental. El niño debería conocer, de manera general, los procedimientos que podrían serle aplicados y el aspecto y descripción del equipo de laboratorio antes de la primera visita dental. Ningún padre, por lo tanto, deberá decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos. Pero tampoco debe minimizar o mentir sobre las molestias de la Odontología. Debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observa miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuinos como el que está observando en otros. Si el padre está triste, el niño se siente igual. Si el padre muestra miedo, el niño está temeroso. La ansiedad del niño y/o comportamiento es negativo, están íntimamente relacionados con las ansiedades de los padres o de las personas representativas para el infante.

## **2-CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD SEGÚN EDAD <sup>2</sup>**

### **1 año**

A esta edad, se aumentan las capacidades motoras, aprende a andar, se sienta y se levanta solo. Coge objetos y los deja caer deliberadamente. Da palmadas y hace señales de despedida. Colabora al vestirlo. Utiliza un lenguaje simbólico (habilidad para producir sonidos o gestos que son reproducibles). Balbucea 1 o 2 palabras. Empieza a mostrar signos de independencia. Se resisten a cumplir ordenes. Observación de modelos (padres, madres, o adultos que le rodean)

Sugerencia de actuación en los tratamientos: realizar el tratamiento lo más rápidamente posible, ya que la comunicación es difícil, si no imposible.

---

<sup>2</sup> Desarrollo Psicológico del niño. S. Finn. pp 18 - 21

### **1 1/2 años**

Presenta un genio muy vivo. No le gusta esperar. Muy rara vez obedece a una orden verbal a menudo aparecen rabietas y negativismo. “No” es la palabra favorita del niño. Se desarrolla el sentido de su propia estima. Inicio de control de esfínteres. Hace uso de unas 15 – 20 palabras, aunque generalmente puede entender más palabras que las puede decir. Pide cosas señalando e imita actividades que ha observado en otras personas. Sugerencia de actuación en los tratamientos: dar ordenes y emplear técnicas lo más cortas y simples posibles.

### **2 años**

Aumento del desarrollo motor. Sube escaleras con apoyo, corre y salta. Se sienta solo en una silla. Hace garabatos. Presenta un marcado desarrollo del lenguaje. La amplitud de su vocabulario alcanza unas 50 palabras. Construye frases de 2 palabras, además de intuirse una organización de las respuestas. Mayor estabilidad emocional. Puede esperar periodos cortos y tolerar, si es necesario alguna frustración temporal. Algunas veces le gusta complacer a otros. Dificultad para establecer relaciones interpersonales por lo que todavía predominan los juegos solitarios. Ello explica el sufrimiento ante la separación de los padres. Edad razonablemente fácil respecto a todos los aspectos de comportamiento. Realiza dos ordenes sencillas.

Sugerencia de actuación en los tratamientos: las mismas que para los niños de 1 1/2 años.

### **2 ½ años**

Se presentan cambios significativos respecto a la etapa de los 2 años el niño o niña se vuelve rígido e inflexible, quiere todo tal como lo espera. Se muestra muy dominante y exigente, y expresa todas las emociones de forma violenta. Resulta difícil comunicarse con él. Construye frases cortas, a pesar de que entiende y asimila otras más complejas. Pregunta sobre cómo y por qué.

Sugerencia de actuación de los tratamientos: facilitar cualquier rutina y evitar situaciones que el niño pueda aprovechar para hacerse dueños de ellas. Comunicarse con el niño a través de sus sentidos.

### **3 años**

El niño o niña empieza a comunicarse y a razonar. La comprensión del habla es entre el 70 – 80 % y puede construir frases de 3 palabras. Posee un vocabulario de aproximadamente 1.000 palabras. Le gusta tanto dar como quita; quiere crecer y a la vez continuar siendo niño. Le gusta hacer amigos. Le encantan las nuevas palabras que con frecuencia pueden influir en su conducta positivamente. Se muestra muy aceptable al elogio. Es capaz de comprender y realizar órdenes verbales.

Sugerencia de actuación en los tratamientos: continuar dando órdenes sencillas, aplicar técnicas fluidas y alabar toda conducta positiva.

### **3 ½ años**

La conducta del niño de 3 años empieza a cambiar. Puede aparecer la descoordinación en todos los aspectos: en el tartamudeo, el caerse y en salidas de tipo tensional como pestañeo, morderse las uñas, hurgarse la nariz, tics faciales o sacudidas y aumento de la succión del pulgar. Sigue sensible a las alabanzas.

Sugerencia de actuación en los tratamientos: necesita gran comprensión, paciencia y afecto.

### **4 años**

Capacidad de perder el control en todos los aspectos de la conducta: Pega, pateo y rompe cosas en acceso de ira. Incluso algunos niños pueden escaparse. Es capaz de utilizar un lenguaje ofensivo o chocante, construye frases de 4 palabras y la comprensión del lenguaje ya es del 100 %. La amplitud de su vocabulario alcanza alrededor de las 2,000 palabras. Es un gran conversador y preguntador, posee gran imaginación. Muestra una independencia suficiente para admitir la separación de los padres relativamente sin traumas. Sugerencia de actuación en los tratamientos: se necesita mucha firmeza en el trato.

#### **4 ½ años**

Empieza a calmarse y a nivelar su conducta; se puede razonar con él. Les gusta discutir. Presenta un enorme interés en los detalles y quiere que se le muestren las cosas. Disfruta de los aspectos tridimensionales de los objetos.

Sugerencia de actuación en los tratamientos: continua necesitando firmeza, pero se pueden utilizar más los razonamientos.

#### **5 años**

A esta edad hay un asentamiento del habla (enriquecimiento del vocabulario y dominio de la sintaxis) e inicio de la fase social (frases de 5 y 6 palabras). Es considerada una buena edad de cara a las visitas dentales; el niño se muestra confiado, estable y bien equilibrado. No es demasiado exigente. La madre es el centro del mundo y al niño le gusta estar cerca de ella, obedecerla y complacerla. Responde a los elogios.

Sugerencia de actuación en los tratamientos: utilizar la firmeza, la alabanza y los elogios.

#### **6 años**

Lenguaje definitivamente fijado. El niño está cambiando, hay predominio de rabietas violentas y de constantes cúspides de atención. No se puede adaptar; los demás se deben adaptar a él. No puede aceptar bien las críticas, el regaño o el castigo. Necesita tener razón y ganar, además requiere de mucho elogio. Se muestra como un cobarde agresivo, por ello presenta temores exagerados de lesiones en el cuerpo.

Sugerencia de actuación en los tratamientos: necesita comprensión, explicaciones detalladas y muchas alabanzas.

#### **7 años**

Es un niño bien caprichoso y de gran exigencia consigo mismo, necesita comprensión; cree que la gente está en contra de él, que no se le quiere y que los padres son injustos. Desea aprobación y por ello tratará de cooperar.

Sugerencias de actuación en los tratamientos: necesita comprensión sin excesiva indulgencia.

### **8 años**

Edad de gran desarrollo intelectual. Es expansivo y rápido. Le gusta dramatizar las cosas y con frecuencia se muestra resentido por la autoridad paterna. Es más generoso con los demás, pero también espera más a cambio.

Sugerencia de conducta durante los tratamientos: tener más en cuenta su nivel intelectual pero mantener la firmeza.

### **9 años**

Muy independiente y confiado en sí mismo. Más interesado en los amigos que en la propia familia. Se toma las cosas a pecho y se puede derrumbar por cosas que antes no le habrían preocupado. Puede ser rebelde contra la autoridad, aunque tolerable en general.

Sugerencias de actuación de los tratamientos: no criticar demasiado y no mostrar demasiada autoridad. Permite al niño que sea responsable de su conducta.

### **10 años**

Amistoso, positivista e integro, Flexible, sincero y muy obediente. Generalmente satisfecho con los padres y con el mundo en general. Se trata de una edad de equilibrio predecible y cómodo.

Sugerencia de actuación con los tratamientos: ser comprensivo y permitir al niño responsabilizarse de su conducta.

### **11 años**

Destaca la preocupación por ideales y por la moral, así como la creencia en la justicia. Sabe trabajar en equipo. Se interesa por la higiene personal.

Sugerencias de actuación de los tratamientos: hacer que el niño se sienta tratado con justicia. Tratar de interesarle lo más posible.



## **12-18 años**

Aparece una gran búsqueda de la identidad, así como una necesidad de expresar individualidad. Rechaza la autoridad de los padres. Presenta un temor especial a ser etiquetado diferente. Extrema el amor y el odio. No se puede predecir.

### **B-CAUSAS DE APRENSIÓN <sup>3</sup>**

#### **1-Influencia de los padres en el comportamiento del niño cooperador y no cooperador.**

#### **PERFIL DEL NIÑO QUE COOPERA:**

Al enterarse de que un dentista atiende niños, muchas personas suponen que éste ha de ser una persona paciente. En realidad, ésta creencia errónea depende en parte de una idea equivocada acerca de lo que se necesita para tratar con éxito a los niños en Odontopediatría. El niño cooperador reacciona de modo conveniente a los momentos críticos de la cita dental. A continuación se describen los momentos críticos más frecuentes en Odontopediatría, y la manera en que los afronta el niño cooperador.

#### **CRISIS DURANTE LA CITA DENTAL Y EL NIÑO COOPERADOR:**

##### **Separación de los padres:**

El niño menor de 3 años edad a menudo se comporta mejor cuando su madre lo acompaña en el consultorio dental. Los padres y el paciente han de conocer la preferencia de atención del odontólogo por lo menos antes de la primera cita de tratamiento.

##### **Colocación en el sillón**

Algunos niños se resisten a sentarse en el sillón dental: Esto pudiera deberse a temores naturales y a la vulnerabilidad que sienten al despegar los pies del piso: Algunos pacientes necesitan ayuda; y es preciso llevarlo de la mano; a veces; levantarlos y

---

<sup>3</sup> Control Conductual del Paciente. Pinkham. Pp 1-12,259,415-416

colocarlos en el sillón: El niño cooperador se sienta sin demora, esto es agradable, proporciona la primera oportunidad para premiarlo por su comportamiento adecuado y su capacidad par hacer lo que se le pide:

### **La inyección**

Esta constituye el procedimiento más temido universalmente en Odontopediatría, y tal vez en la Odontología general. La técnica es tan indolora que muchos de ellos nunca se dan cuenta de que recibieron un “piquete” cuando se les aplicó el “águila que adormece”. Por lo regular está indicado el empleo de un anestésico local de sabor aceptable, pero no debe usarse en el niño agitado que parece empeorar. La mayoría acepta el procedimiento sin conductas evasivas, aunque con algunas lágrimas. Estos paciente aprenden que el “piquete” no es malo del todo, y en citas posteriores, el “pellizco” no es más que eso, una ligera sensación de pellizcamiento en la boca.

### **El procedimiento dental**

En el niño que es cooperador, la preparación es más sencilla que lo que suele ser la inyección. Muchos pequeños se quedan dormidos durante el procedimiento; hay que reconocer que la mayoría, aún a los de tres años de edad, tolera bastante bien una cita dental larga sin agitarse.

### **Término de la visita**

El niño cooperador concluye su cita estresado, y está ansioso de irse a su casa, pero tiene la paciencia para aceptar las felicitaciones y premios a que se hizo acreedor por la conducta mostrada durante el tratamiento.

### **Regreso a los padres**

Algunos niños desean que sus padres sientan remordimiento de haberlos llevado al dentista, y se hacen las víctimas. A menudo se interrumpe esta dramatización cuando el dentista o la auxiliar se hacen presentes. Los pacientes que cooperan en el

tratamiento dental regresan radiantes de orgullo ante sus padres; saben que se portaron bien y que lo llena de orgullo.

#### **PERFIL DEL NIÑO QUE NO COOPERA: <sup>4</sup>**

Es aquel que no pueden superar o hacer frente a los estímulos y exigencias conductuales de la experiencia dental. Los cuales podemos clasificar en cuatro grandes grupos: El primer grupo lo conforman los pacientes con una alteración emocional, y no es muy numeroso. Es importante tener en cuenta que el problema pudiera no haberse diagnosticado.

El siguiente grupo es el de los tímidos, y es el más grande. Lo forman los niños introvertidos, con socialización precaria, que temen a los retos sociales que implica la visita dental. En estos casos, la mejor técnica de control, consiste en romper la barrera al crear una relación de amistad.

El tercer grupo comprende a los niños que tienen fobia al tratamiento odontológico. Se considera que el temor a las agujas representa 90% de la causa de este miedo.

Un grupo más es el de los que se niegan a cooperar porque no soportan la autoridad. Este tipo de pacientes detesta las consultas dentales y su desagrado representa una aversión a obedecer las órdenes de los adultos.

#### **EL NIÑO CON ALTERACIÓN EMOCIONAL**

La ansiedad es un dato de alteración emocional; cuando la ansiedad que acompaña a una cita dental se complica con la de un problema psicoemocional, a menudo se presenta una explosión conductal. Los niños afectados desde el punto de vista emocional son, en términos generales, pacientes dentales muy difíciles.

Con frecuencia, no hay diagnóstico confirmado en esos casos. Los padres incluso los muy inteligentes y bien informados, no tienen idea alguna de que algo esté mal. Acostumbrado al comportamiento de su hijo, con frecuencia pasan por alto las anomalías

---

<sup>4</sup> Perfil del niño que no coopera.

de la conducta de éste o racionalizan una explicación del por qué se comporta de cierta manera. Poco se puede obtener cuando se intenta convencer a los padres de que el comportamiento alterado de su hijo durante la consulta dental puede deberse a un problema emocional desconocido. Sin embargo, la actitud profesional del odontólogo incluye expresar cualquier opinión que pudiera favorecer el bienestar del niño.

Un niño que padece alguna enfermedad crónica puede presentar problemas de conducta cuando los padres actúan con él, dejando de premiar o castigar sus acciones de manera coherente. Los niños necesitan límites, reglas y respuestas lógicas a sus actitudes, a pesar de que otras circunstancias influyan en sus vidas. Evidentemente, un niño que debe ser sometido a un trasplante de médula ósea necesita el apoyo de sus padres, pero este apoyo es más eficaz cuando el niño sigue estando sujeto a ciertas reglas que le ayudan a comportarse correctamente.

Esos consejos en cuanto al comportamiento de los padres ante un niño enfermo son válidos también para otro tipo de circunstancias, como los hijos de ambientes familiares alterados, los niños que se trasladen de su ambiente familiar, aquellos que acaban de tener un nuevo hermano y los niños que hayan pasado por la pérdida de un ser querido (incluidas sus mascotas: perros, gatos....)

Como grupo, los niños abandonados y maltratados poseen un porcentaje más alto de alteración emocional y fácilmente presentan problemas de colaboración en sus citas dentales. Por supuesto, cuando se sospecha maltrato y abandono, el odontólogo tiene la obligación legal de informar a las autoridades respectivas.

## **EL NIÑO TÍMIDO O INTROVERTIDO**

La introversión y la timidez constituyen un problema para los niños, en particular los muy pequeños. Como la experiencia odontopediátrica es un encuentro humano bastante intenso que exige empatía y comunicación entre el odontólogo y el paciente, es obvio que el niño muy tímido sufrirá mayor estrés por la experiencia. Esta tensión quizá provoque conductas evasivas, como el llanto. Por lo regular, éste adquiere la forma de un sollozo compensatorio. Rara vez, el introvertido muestra comportamiento agresivo de evasión como un berrinche.

Los niños tímidos sufren un periodo complicado de ajuste ante las expectativas de una cita dental. Como con todos los niños, el primer objetivo del odontólogo debe ser establecer empatía, confianza y comunicación con sus pequeños pacientes.

Con los tímidos, esto exige mayor paciencia porque se encuentran poco capacitados para “actuar con cuidado ante alguien y determinar lo que piensa o puede hacer”. De manera categórica, el desafío de la comunicación los paraliza.

## **EL NIÑO ATEMORIZADO**

Un niño con miedo presenta un reto enorme para el odontólogo, así como para maestros, médicos, padres y cualquiera que lo trate. Estos miedos incluyen temor a las agujas, miedo a la lesión corporal y temor en general a lo desconocido.

La repuesta a la pregunta de si un niño puede portarse mal ante el odontólogo por temor es afirmativa. Saber si el comportamiento de un niño no cooperador constituye una conducta motivada por el miedo u otra causa es un problema complejo. Aun así, la información, la experiencia y el sentido común permiten al profesional establecer de modo fiable las razones que motivan al niño.

Algunas de las observaciones que un padre y el clínico pueden utilizar para reconocer al niño muy temeroso ante la cita odontológica son:

1. El paciente es incapaz de eliminar sus temores ante la cita dental, aún cuando lo preparen el odontólogo o sus padres, ya sea por su edad cronológica (a partir de 36 a 40 meses de edad, la mayoría de niños normales presentan capacidad intelectual para disminuir sus miedos, sobre todo cuando reciben información acerca de lo que va a suceder) o por desarrollo lento, (tal vez, retraso mental).

2. A veces el niño reacciona de manera exagerada a los temores por otras alteraciones emocionales en su vida. Sobre todos aquellos que provienen de hogares en crisis agudas por divorcio o separación, niños que sufren abusos y otros que pierden a un familiar o a un amigo. Este grupo incluye también a los que se enfrentan a otros problemas

de salud. Estas circunstancias generan, a menudo, alteraciones emocionales autolimitadas. Los problemas se resuelven por si mismos con el tiempo, pero, cuando se presentan complican mucho la actividad odontológica y en particular tratamientos difíciles como una extracción dental.

3. El niño incorpora miedos que perciben de sus compañeros, hermanos o padres, lo cual recibe el nombre de temores adquiridos.

4. Cuando el paciente sufre una experiencia negativa y dolorosa en el consultorio del médico o de otro odontólogo o en el hospital, estos son miedos aprendidos.

5-El niño presenta alguna alteración emocional.

Si el mal comportamiento sucede por temor intenso o miedo al odontólogo, el profesional y los padres tienen la obligación de hacer todo lo posible para no aumentar la ansiedad infantil referente a la Odontología. Esto podría conducir a posponer el tratamiento, si ello es posible utilizar medicamentos e incluso realizar el trabajo dental bajo anestesia general.

### **EL NIÑO CON AVERSIÓN A LA AUTORIDAD.**

Se trata de niños difíciles que no pueden seguir bien las instrucciones de los adultos. Son pacientes consentidos, incorregibles, sobreprotegidos y rebeldes.

La causa de conducta inadecuada en el consultorio dental, reside en el rechazo a la autoridad. El odontólogo constituye una figura de autoridad muy fuerte en su consultorio, y, en consecuencia, es un candidato especial para estimular este tipo de conducta inadecuada. Este tipo de pacientes detesta las citas dentales y basa su insatisfacción en una aversión a obedecer las órdenes de adultos.

Según Adler (1958) y Dreikurs (1964), existen cuatro objetivos mal enfocados en potencia, los cuales se filtran en el repertorio de la personalidad infantil, donde se satisface de manera sutil el fuerte deseo humano de buscar la superioridad.

Cuando se considera que una manera potencial de sentir superioridad surge de la manipulación de la gente, ambos autores advierten que el hijo adopta una conducta similar hacia los padres y otras figuras de autoridad con las que se enfrenta en la vida (en este caso, el odontólogo). Los objetivos mal dirigidos para los niños involucrados incluyen:

1. Atención indebida: a fin de satisfacer su intenso apetito por sentirse superior, ha de lograr mediante una conducta manipulativa, que sus padres le presten atención en el momento que quiera. Características conductuales: fastidioso, irritante, molesto y quebrantador del orden.

2. Lucha por el poder: para sentirse superior, está preparado para sostener con sus padres una lucha por el poder. O le prestan atención o a ver qué pasa. Características conductuales: discute y contradice, realiza lo contrario a las instrucciones, causa enojo en la gente y berrea.

3. Revancha y venganza: si no obtiene lo que quiere, enfrenta a sus padres y los castiga. Características conductuales: tiene carácter violento, dice cosas que lastiman a las personas, busca venganza y es retador.

4. Insuficiencia: está convencido de que es especial en el peor sentido posible. Características conductuales: se da por vencido con facilidad, rara vez participa, actúa de manera incapaz y muestra insuficiencia.

La frecuencia con que aparecen estas cuatro categorías de niños no cooperadores no es igual. El número de niños con alteraciones emocionales es menor que el de los introvertidos, y estos son menos que los atemorizados. La cantidad de atemorizados es inferior a la de quienes no deseen obedecer a las figuras de la autoridad. Son claras las combinaciones de los cuatro grupos y, en realidad, quizá sea la más frecuente.

Los estudiantes de Odontología y los clínicos con poca experiencia en Odontopediatría casi siempre creen que los niños se comportan mal en el consultorio dental debido al temor a la consulta dental. A la inversa, los clínicos con más edad y experiencia no favorecen tanto la teoría del miedo, afirman que el comportamiento inapropiado no se relaciona con la cita. Argumentan que estos niños no superan bien cualquier clase de estrés y que tan sólo

no desean trabajar con cualquier adulto que les exija algo. Temen la autoridad, no a la cita odontológica.

Es preciso tratar de modo muy especial al niño con miedo; su tratamiento ha de ser, siempre que sea posible, un esfuerzo de cooperación entre el profesional y los padres. Es normal un miedo ligero o moderado a los instrumentos dentales, en particular, a la aguja. En los niños mayores de tres años que cuentan con un odontólogo competente, quien se toma el tiempo para educarlo, es posible eliminar estos temores o ubicarlos en una situación tratable.

## **C- TÉCNICAS PARA SUPERAR CAUSAS DE APRENSIÓN**

### **1-Técnica de modificación conductual.**

Los psicólogos usan el término modificación conductual para definir el proceso de alterar el comportamiento individual hacia un ideal deseado. Una parte esencial es definir una serie de pasos en el camino al comportamiento buscado y entonces avanzar paso a paso hacia el objetivo. Con relación a la Odontología se puede decir que la conducta ideal la muestra una persona que conserva excelente higiene bucal, ejerce un sensible control dietético y se encuentra relajada y cooperadora durante el tratamiento operatorio. Sería ilusorio pensar que todo paciente presentara este tipo de comportamiento, pero también sería erróneo aceptar como inalterable la conducta de aquellos que no la exhiban.

Para la Odontología infantil la modificación conductual se basa en una introducción planeada a los procedimientos terapéuticos, para entrenar al niño a aceptar el tratamiento en un modo relajado y cooperador.

El objetivo de ellas es proporcionar una experiencia de aprendizaje placentera y positiva. Los objetivos inmediatos y a largo plazo del uso de cualquier técnica del control de la conducta son proporcionar al paciente la experiencia más placentera posible con el fin de ayudarlo a obtener y mantener una actitud positiva hacia la salud bucal, fomentar y promover la búsqueda de cuidado durante toda la vida y conductas de prevención. Por lo tanto las actitudes y conducta del odontólogo hacia sus pacientes son más críticas para que estos desarrollen una actitud dental positiva. La clave para disfrutar del control de la



conducta en Odontopediatría depende en parte de conocer antes a los padres, sus expectativas, temores, incertidumbres etc.

La recomendación más importante es que hay que hablar con los padres del niño pequeño, en especial si pudieran no estar de acuerdo con los métodos de control de la conducta que el odontólogo emplea. Lo que se necesita es la capacidad de establecer un diálogo saludable con lo que el dentista da a conocer sus intenciones y si ello es bien entendido por los padres el resultado será más satisfactorio para todos.

Cuando el niño es pequeño y muy temeroso, es recomendable realizar los siguientes pasos:

- Para realizar un examen bucal breve el niño se recuesta en las rodillas del padre.
- Para utilizar el cepillo de profilaxis o copa de hule con suavidad primero con la mano y después con una pieza de baja velocidad.
  - Que el niño se cepille los dientes con su propio cepillo.
  - Que la madre, y luego el dentista le cepillen los dientes al niño.
  - Que el niño se siente en el sillón dental, y uso del cepillo de profilaxis en la pieza de mano de baja velocidad.
- Proseguir como con el niño normal.

## **2-Técnica de decir – mostrar – hacer.**

En la literatura anglosajona se conoce clásicamente por tell – show –do (TDS). Habitualmente se conoce por la técnica del diga – muestre – haga, o de la triple “E” (EEE) de “explique – enseñe – ejecute”.

Este método equivale a la columna vertebral de la fase educacional para la preparación del paciente pediátrico dental, relajado y tolerante. La base en la técnica de la triple E es extremadamente simple. la idea es familiarizar al niño con ambientes, instrumentos y gentes nuevas.

Debe llevarse a cabo de la siguiente manera:

1. Decidir y explicar al niño lo que se le va a hacer antes de comenzar cualquier maniobra, con el fin de reducir la ansiedad y el miedo.
2. Mostrar al niño exactamente cómo se va a llevar a cabo la técnica.
3. Efectuar la técnica tal como se ha explicado y demostrado.

La técnica es sencilla y casi siempre útil. Para tener éxito, este procedimiento se debe efectuar de manera que se pase de un estadio al otro sin interrupción, y ha de ser continuo desde que el niño entra en la consulta dental hasta que sale de ella. A medida que un nuevo instrumento, un nuevo procedimiento o una nueva persona son introducidos, la técnica de la triple E debe ser usada para orientar la niño gradualmente en la manifestación de los estímulos que provocan ansiedad. Evidentemente, al utilizar esta técnica debe cuidarse mucho el tipo de lenguaje que se usa.

La selección de las palabras es importante en la técnica de “decir, mostrar y hacer”. El éxito estriba en que el odontólogo posea un vocabulario sustituto para sus aparatos y procedimientos que el niño pueda entender.

### **3-Técnica de refuerzo**

Se puede definir como el fortalecimiento de un patrón de comportamiento, que aumenta la posibilidad de que en el futuro se exhiba dicha conducta.

Los psicólogos consideran que el comportamiento del niño es un reflejo de sus reacciones a las recompensas y a los castigos de su medio y que el amor y la aprobación obtenidos primero de sus padres y después de sus compañeros, son formas muy importantes de recompensa y por lo tanto un sólido factor de motivación para el cambio conductual. En consecuencia el dentista debe recompensar el buen comportamiento infantil en las situaciones dentales. Se espera que dicha aprobación refuerce el comportamiento apropiado. La recompensa debe ligarse con la acción, por ejemplo si se pide al niño abrir grande la boca y reacciona bien debe recibir un signo inmediato de complacencia y no dejar

las felicitaciones para el final y mucho menos ignorar la buena cooperación infantil. El premio y otra forma de recompensa, se justifica al finalizar la sesión, siempre que se proporcione como una señal de aprobación del buen comportamiento, no emplearlo para sobornar a los niños. Es importante evitar reforzar el mal comportamiento si un niño actúa impidiendo el tratamiento y el odontólogo lo devuelve a su madre terminando la sesión abruptamente, eso solo reforzará la conducta deficiente, hay que hacer de cuenta que uno terminó el tratamiento, colocando un apósito provisional y no tratar uno de castigar al niño, solo retirar la aprobación o cualquier recompensa. Nunca ridiculizar al niño por su mala conducta.

#### **4-Técnica de desensibilización.**

La desensibilización sistemática es uno de los métodos mas efectivos y más utilizados para reducir ansiedad innecesaria. La técnica generalmente incluye enseñar formas de relajación al paciente, lograr una relajación muscular y describirle entonces escenas que guardan relación con sus miedos. Las escenas imaginarias han de ser presentadas de forma gradual, de manera que al principio sólo se usen escenas que provoquen mínimos miedos. Gradualmente se van introduciendo situaciones que provoquen más miedo. No obstante, la ansiedad se minimiza con el uso de la relajación.

La desensibilización es efectiva por que el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación.

Variaciones de la técnica clásica son muy útiles en la Odontología infantil. Ni la presentación de situaciones imaginarias ni la profunda relajación muscular son necesarias para obtener desensibilización.

Con la desensibilización proveemos al niño de nuevas y más placenteras asociaciones para relacionar con el estímulo que provoca ansiedad. Tratamos de condicionar ciertos estímulos presentados en un ambiente agradable y relajado para hacerlos incompatibles con la ansiedad.

Para incorporar principios de la técnica de la desensibilización sistemática se deben realizar muchos esfuerzos durante las visitas iniciales para tener al niño

mínimamente relajado. El clínico debe establecer una escala de dificultad y ansiedad de los diversos procedimientos que debe realizarse e introducirlos paulatinamente, primero, los que puedan producir menos ansiedad para finalizar con los más difíciles. Cada procedimiento debe adecuarse a un niño en concreto y no debe nunca generalizarse. Es sorprendente lo angustioso que puede resultar para un niño un determinado procedimiento que nosotros teníamos calificado de sencillo y que generalmente es aceptado por los demás niños.

Se trata de romper vínculos entre el objeto temido y los condicionantes que provocan el miedo. Para la mayoría de pacientes con fobias dentales, los miedos evitan que el paciente contacte con la realidad, este caso con el objeto tímido, lo cual sirve para continuar reforzando una conducta negativa. Si se puede exponer al individuo a la situación, las posibilidades de que el miedo y la ansiedad disminuyan aumentan por que el niño contacta con la realidad. A veces es interesante tratar de asociar experiencias que resultaron agradables con situaciones temidas.

#### **5-Técnica de modelado.**

Es posible usar esta técnica en una variedad de situaciones dentales, en la que el padre u otro niño, actúa como modelo, se espera que luego el niño ansioso, imite el comportamiento cooperador del modelo. Es preciso usar refuerzo y el método decir-mostrar – hacer para complementar el procedimiento de modelado, junto con la desensibilización.

Descripción: El padre del niño u otro amigo actúa como modelo.

Objetivo: lograr un comportamiento positivo. Se espera que el niño ansioso imite el modelo (comportamiento cooperador).

Indicaciones: Cualquier paciente

Contraindicaciones: Niños con incapacidades

## **6-Técnica mano sobre la boca.**

Esta técnica se considera como una medida bastante extrema en el manejo del niño, la técnica abarca restringir al niño con cuidado pero firmemente, al niño que protesta en el sillón dental y con el que se han agotado todas las otras técnicas se coloca firmemente una mano sobre la boca del niño a fin de dominar sus protestas y hablándole en voz baja pero clara al oído, decirle que se quitará la mano tan pronto deje de llorar, si el niño reacciona de manera favorable se quita la mano y se facilita al niño, si este comienza a protestar de nuevo, se repite el procedimiento, su única justificación, son los niños consentidos que saben manipular con berrinches a sus padres, o un niño retador que encuentra que el desafío silencioso pero firme siempre triunfa. Pues tales pacientes no tienen miedo, solo desean no cooperar y saben como hacerlo.

Ningún tratamiento es posible hasta que el niño aprenda que el dentista no le impresionan o acobardan los berrinches o los retos. Nunca se deben emplear la técnica en niños temerosos.

Descripción: Colocación de la mano sobre la boca mientras se explican las expectativas en cuanto a la conducta adecuada reaplicación si es necesario.

Objetivo: Obtener la atención del niño para establecer la comunicación, eliminar las respuestas de evitación inadecuadas, favorecer la autoconfianza del niño en su afrontamiento durante el tratamiento, confirmar la seguridad del niño durante la administración de los cuidados.

Indicaciones: Niño sano que comprende y coopera pero decide mostrar conductas desafiantes, ruidosas o histéricas.

Contraindicaciones: Niños que no comprenden, debido a la edad e incapacidad .

## **7-Técnica de sedación.**

Se entiende por ello un alivio de la ansiedad, la sedación no siempre produce analgesia por lo que usando la sedación normalmente se requiere usar analgesia local.

Aunque la sedación con óxido nitroso genera cierta analgesia aparte de sedación. Hay que resaltar que el paciente sedado está consciente y en dominio de todos sus reflejos protectores normales, incluyendo el tusígeno.

Descripción: Administración pre o transoperatoria de agentes sedantes.

Objetivo: Reducir o eliminar la ansiedad, reducir movimientos o reacciones inconvenientes, promover la comunicación, aumentar la tolerancia por períodos más prolongados, ayudar al tratamiento de pacientes afectados mental, física o mentalmente.

Indicaciones: Cualquier paciente con incapacidad psicológica o inmadurez o con incapacidades.

Contraindicaciones: Pacientes con necesidades odontológicas mínimas o con contraindicación médica a la sedación.

Es posible administrar sedación por:

- 1-Vía bucal
- 2-Vía intravenosa.
- 3-Vía intramuscular
- 4-Vía Inhalatoria

### **8-Técnica de hipnosis.**

Se define como un estado mental particular inducido generalmente en un sujeto por otra persona. Se usa en Odontología como método para ayudar a niños a relajarse.

Indicaciones: cualquier paciente

Contraindicaciones: niños con discapacidades

### **9-Técnicas de anestesia general**

Descripción: uso de anestésicos generales.

Objetivo: proporcionar un cuidado, seguro, eficiente y eficaz.

Indicaciones: pacientes con trastornos de orden físico, mental o médico, niños temerosos, ansioso, traumatismo buco dentales extensos.

Contraindicaciones: las mismas de la sedación.

## **D-ASPECTO DEL AMBIENTE DE TRABAJO <sup>5</sup>**

### **1-PERSONALIDAD DEL ODONTÓLOGO Y SU AYUDA AUXILIAR**

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza. Los niños son muy sensibles a emociones ocultas, e identificarán rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles, y esto les desalentará aún más. El dentista deberá asegurarse de que el personal que emplea ama a los niños y los trata bien, y que sabe cómo manejarlos. El trato con el niño deberá hacerse de manera normal y familiar. No se debe demostrar nunca exceso de entusiasmo ni ser demasiado insistente. No hay que darle la mano a la fuerza ni saludarle con voz demasiado elevada. Si el dentista tiene confianza en sí mismo, es seguro que algo de este sentimiento le transmita a su paciente. El manejo correcto se basa en conocimiento, sentido común y experiencia.

#### **Habilidad y rapidez del dentista**

El odontólogo deberá realizar sus deberes con destreza, rapidez y mínimo de dolor. La ayudante es muy conveniente cuando se trabaja con niños. Puede ser muy valiosa para ayudar a controlar al niño, y facilitar los procedimientos operatorios al dentista. Los niños son más observadores que los adultos, tal vez porque son más inquisitivos y se interesan por lo que les rodea. Trabajar suave y cuidadosamente, no perdiendo tiempo o movimientos. El niño puede soportar molestias si sabe que pronto éstas acabarán.

---

<sup>5</sup> Manejo del niño en el consultorio dental. S. Finn. pp 34 - 39

### **La conversación del dentista**

Cuando se le hable a los niños, el odontólogo deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas. Hablar demasiado confundirá al niño, y le producirá desconfianza y aprensión, como cualquier otra cosa que no comprende. Al seleccionar temas de conversación, elija temas y situaciones que le sean familiares. A la mayoría de los niños les gusta oír hablar al dentista. Si los niños hacen preguntas, trate de responderlas con la mayor exactitud posible.

### **El odontólogo y lo razonable**

Cuando atienda a niños, el Odontólogo debe tratar de ser realista y razonable, respetar las emociones, del niño o niña dándole la oportunidad de participar en los procedimientos. Si puede sostener el algodón o ayudar en otra cosa poco importante, el niño sentirá que es parte del servicio que se le está realizando, y se interesará y cooperará más.

### **El control propio del dentista**

El odontólogo nunca deberá perder el control de sí mismo y enfadarse. La ira, como el miedo, es una reacción emocional primitiva e inmadura. Es señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y ha disminuido su dignidad. Si no puede evitar enfadarse, es mejor despedir al niño y dejar que otro odontólogo pruebe suerte. Si el dentista ha tratado lo mejor posible y no puede entablar relación con el niño, es mejor admitir la derrota que arruinar al niño para tratamientos dentales futuros.

### **El odontólogo y la gracia**

Es conveniente recordar, al llevar a cabo procedimientos dentales, que los niños de corta edad se asustan con lo desconocido. Todos sus movimientos, ya sea al manejar a los pacientes o en procedimientos operatorios, deberá mostrar suavidad y gracia. Cuando baje al niño en las silla, hágalo despacio. Al inyectarle, por ejemplo, no lleve la jeringa a la boca tan rápidamente que el acto en sí asuste al niño. Deberá elevarse la jeringa de manera natural y deliberada. Si sus acciones son naturales y graciosas, podrá evitar gran parte de miedos



innecesarios. La Odontología es una profesión llena de gracia. Utilice esta gracia para ventaja suya. Si hubiera que definir los requisitos de un buen odontopediatra sería: gracia, habilidad, conocimientos e inteligencia.

Entre todos los problemas asociados a la odontopediatría, el manejo es sin duda el más importante, ya que si no existe cooperación adecuada del paciente, los procedimientos dentales se vuelven muy difíciles y a veces imposibles.

El odontólogo que atiende niños tiene tres grandes responsabilidades.

- Para con su paciente
- Para con su comunidad
- Para consigo mismo

### **El Personal Auxiliar**

1- Disminuye el período de tiempo de la visita dental y esto ayuda al manejo del niño.

2- Estudios de tiempo y movimiento indican que un ayudante hace disminuir el número necesario de pasos y movimientos lo que reduce el cansancio del dentista.

3-El odontólogo ejerce la práctica con más eficiencia y rapidez con lo que se vuelve más productivo y aumentan sus ingresos.

### **2-MOMENTO Y DURACIÓN DE LA VISITA.**

Los niños no deben permanecer en la silla más de media hora. Si la visita tarda más, los niños pueden volverse menos cooperativos hacia el final. Los pacientes muy cooperativos, si se cansan con visitas demasiado largas, pueden llegar a un punto de saturación en el que empiecen a llorar. Una vez que el niño pierde su compostura, por muy tranquilo y deseoso de cooperar que esté, difícilmente podrá volver a hacerlo.

Estudios recientes han indicado que ni la hora ni la duración de la cita tienen importancia crítica en el comportamiento del niño. Sin embargo, no se le debe dar cita a los niños que todavía no van a la escuela durante el período normalmente dedicado a la siesta. Los niños que vienen a consulta a la hora de la siesta están generalmente adormitados, irritable y son difíciles de manejar.

Los niños no deberían ser traídos al dentista poco tiempo después de una experiencia emocional seria, como puede ser el nacimiento de un hermano o hermana, o la muerte de alguien cercano a ellos.

### **3-ATENCIONES AL PACIENTE**

#### **Conocimiento del paciente**

Cuando los padres llaman por primera vez para pedir cita, puede obtenerse información sobre el niño. Se les debe preguntar a los padres cuánto sabe el niño sobre dentistas y procedimientos dentales. ¿Teme el niño ir al dentista? ¿Es nervioso? ¿Se lleva bien con adultos? ¿Ha estado en el hospital? ¿Tiene miedo a su médico? Estas preguntas pueden dar idea del comportamiento futuro del niño.

Cada niño deberá recibir la atención completa del dentista. Se debe tratar al niño como si fuera el único paciente de ese día. Nunca se deja a un paciente muy pequeño sentado solo en la silla, ya que sus temores aún no disipados por completo, pueden agrandarse. Si tiene que abandonar la sala de operaciones, aunque sea por un minuto, asegúrese de que está presente su ayudante. Sin embargo, si el niño está claramente atemorizado, es mejor que el odontólogo no abandone en absoluto la sala. También es mala política transferir al paciente infantil de una sala a otra para realizar otro tipo de tratamiento como puede ser la cirugía. Esto presentará una situación nueva al niño, y causará ansiedad.

#### **Uso de las palabras que inspiran miedo**

El odontólogo deberá evitar utilizar palabras que inspiren miedo al niño. Muchos de los temores sugestivos no lo produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de alguna palabra. Algunos niños se estremecerán de miedo al oír palabras como “aguja” o “fresa” y sin embargo, no se oponen demasiado a la experiencia si se llama de otra manera al procedimiento.

Cada odontólogo puede utilizar la selección que prefiera. En vez de palabras como “inyección”, “aguja”, “pincho”, podríamos decir “vamos a poner algo en tus encías que se sentirá como un piquete de un mosquito”. En vez de la palabra “fresa” que para un

niño significa hacer hoyos en un diente, dígame que va a cepillar los insectos malos y sacarlos de sus dientes. Al mismo tiempo, haga correr sobre la uña del niño una broca grande de cono invertido, explicando que la broca es llana, y no puede penetrar en el diente. De este modo, el dentista ha informado al niño de lo que va a hacer sin que se produzca miedo.

### **Uso de admiración, halagos sutiles, alabanzas y recompensa**

En procesos de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos. Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se portan bien. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista. Cuando el niño sea buen paciente, dígaselo, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. Hará todo lo posible por conservar el nivel que él mismo estableció. Alabe mejor el comportamiento que al individuo. Los regalos son muy buena recompensa. Algunos odontólogos dan pequeños objetos o juguetes. Dar a los niños estrellas doradas para que las peguen en una cartulina que está en la sala de recepción es muy eficaz.

### **Sobornos y el paciente**

Nunca soborne a un niño. Raras veces da resultados positivos el soborno. El resultado será sencillamente que el niño seguirá portándose mal para obtener más sobornos y concesiones. Sobornar es admitir que el dentista no puede manejar la situación.

### **Ordenes contra sugerencias**

Para producir las reacciones deseadas, nunca pida al niño que se someta a una petición. Al pedirle que haga algo, el odontólogo en realidad le está dando a elegir entre aceptar o rechazar. Si le da elección al niño no puede considerar mal comportamiento el que rechace. Si le dice que obedezca una orden, no hay más elección que aceptar. Si se niega, su comportamiento se vuelve automáticamente inaceptable. No dude en sonreír y gozar con su paciente; sin embargo, sea firme si la situación lo requiere.

#### **4-Ambiente del consultorio.**

- Les agradan los colores brillantes y la decoración alegre
- Parte de la sala de espera adecuada para los pacientes pequeños
- Mobiliario infantil
- Juguetes, libros y actividades para los distintos grupos de edad.
- Imágenes y carteles con los caracteres actuales de las caricaturas
- Evitar ambientes tristes, olores y uniformes blancos.
- Música agradable crea un humor favorable, ocupa la mente y oculta ruidos

del consultorio

#### **Atención del Paciente:**

- Dentista y auxiliares deben cultivar relaciones positivas
- Comprensión y afecto
- Los niños se forman opiniones rápidas por expresiones faciales, tono de voz,

tópicos de conversación y actitudes físicas.

- Sinceros y honesto con el niño
- Disfrutar el trabajo con los niños
- Demostraciones de afecto, firmeza, rectitud, honestidad, sinceridad, autoridad y uniformidad son partes integrales de la modificación de la conducta.
- Comunicación constante entre el dentista y sus auxiliares

#### **Sugerencias para el manejo del paciente**

#### **Comunicación Verbal:**

- 1- Comunicación con el equipo dental
- 2- Ofrecer instrucciones específicas positivas
- 3- Conservar al niño como centro de atención
- 4- Ajustar el nivel del lenguaje al del niño
- 5- Tono de voz que debe usarse, suave .
- 6- Informar al niño de todo el procedimiento.
- 7- Pacientes parlanchines , tratar de que no hablen mucho.

**Comunicación no verbal:**

- 1- Expresión facial
- 2- Tacto
- 3- Contacto ocular

**Apariencia**

- 1- Uniforme
- 2- Higiene personal
- 3- Mascarillas faciales
- 4- Control de las emociones
- 5- Alabanzas
- 6- Uniformidad
- 7- Función de la enfermera dental

**E-INSTRUCCIONES A LOS PADRES <sup>6</sup>**

Se puede hacer que los padres comprendan que, una vez en el consultorio, el odontólogo sabe mejor cómo preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario. Los padres deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar su hijo a su cuidado.

Algunos niños en edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de estos ha sido defectuoso. Sin embargo, hay casos en que la sola presencia de los padres infunde confianza en el niño, especialmente si tiene menos de 4 años de edad. Si se invita al padre de un niño mayor para que pase a la sala de tratamiento, deberá desempeñar el papel de un huésped pasivo y permanecer de pie, o sentarse alejado de la unidad.

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprensiones ni desconfianza sobre cuál será su reacción al tratamiento.

---

<sup>6</sup> Perfil del niño que no coopera. pp 357 - 360

1- No expresar sus miedos personales enfrente del niño. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales en el dentista. Además pueden evitar el miedo explicando de manera agradable y sin darle mucha importancia qué es la Odontología y lo amable que va a ser el dentista.

2- No utilizar la Odontología como amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.

3- Familiarizar niños con la Odontología llevándolo al odontólogo para que se acostumbre al consultorio y para que empiece conocerlo. El odontólogo deberá cooperar plenamente, saludando al niño con cordialidad y llevándole a recorrer el consultorio, explicando y haciendo demostraciones con el equipo. Algún pequeño regalo al final del recorrido hará que el niño sienta que acaba de hacer un amigo.

4- Explique a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos esto ayudará a dar valor a su hijo. Existe una correlación entre los temores de los niños y los de sus padres.

5- Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados. Un niño bien centrado es generalmente un paciente dental bueno.

6- Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan solo para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales. Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer a un niño al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes.

7- Hay que indicarles a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro.

8- No burlarse o ridiculizar el miedo de los niños. En el mejor de los casos tan solo crea resentimiento hacia el dentista y dificulta sus esfuerzos.

9- Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre Odontología que pueden llegar de fuera.

10- Los padres no debe prometer al niño que va a hacer o no el odontólogo. El dentista no debe ser colocado en una situación comprometida donde se limita lo que puede hacer para el niño.

11- Varios días antes de la cita, debe instruirse a los padres, que comuniquen al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al dentista. Los padres nunca deberán forzar las cosas, mostrar al niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza.

12- Los padres deberán encomendar el niño a los cuidados del dentista al llegar al consultorio, y no deberán entrar a la sala de tratamiento a menos que el odontólogo así lo especifique. Cuando lleguen a la sala de tratamiento deberán actuar tan solo como espectadores invitado.

### **III--HIPÓTESIS**

La aprensión al tratamiento dental depende de la actitud de los padres, de la percepción del niño (a), o de las experiencias previas que tuvo en la consulta.



#### **IV-MATERIAL Y METODO.**

##### **A.Tipo de investigación.**

El presente estudio es de tipo retrospectivo .Se llevó a cabo en el Colegio Bautista de Masaya .

##### **B.Universo.**

Compuesto por niños de ambos sexos en edades de 7 a 10 años que estudian en el Colegio Bautista de Masaya, en el período de Noviembre 2004. El total del Universo es de 56 infantes.

##### **C.UNIDAD DE ANALISIS.**

Alumnos del Colegio Bautista de Masaya en edades comprendidas de 7 a 10 años.

##### **D.Técnicas y procedimientos.**

Este estudio constó de una entrevista previamente estructurada que se hizo a los niños estudiantes activos del Colegio Bautista de Masaya, en edades de 7-10 años.

Primeramente se utilizó la lista con los nombres de cada niño según la edad correspondiente que proporcionaron las profesoras del centro de estudio.

La entrevista fue directa entrevistador-entrevistado. En un jardín del propio colegio, es un lugar agradable al niño y alejado de influencias externas, del adulto.

Al iniciar la entrevista se buscó ganar la simpatía y confianza del menor, se le habló en tono suave, con un lenguaje y vocabulario de acuerdo a su edad, buscando que el niño expresara sus experiencias al tratamiento dental, si tuvo dicha experiencia y la opinión que tiene acerca del dentista si nunca lo llevaron a consulta.

Una vez que el niño estaba presente y que se había establecido el clima de confianza (rapport) se realizaban las preguntas y se grababan para luego transcribir las respuestas en una hoja numerada para cada niño. Antes de realizar la entrevista a todos los niños 7-10 años, se realizó una prueba de instrumento para adecuar si es necesario alguna pregunta.

La información que se obtuvo de las entrevistas fue procesada, por un paquete estadístico computarizado (EXCEL), el cual nos permitió hacer el respectivo análisis estadístico con sus gráficos. La redacción del texto se hizo en el programa Microsoft Word.

### **E.Material para la recopilación de datos**

Para la recopilación de datos se utilizó:

- Hoja de entrevista
- Lapiceros,
- Grabadora,
- Cassettes,
- Baterías,
- Lista de los alumnos activos de 7-10 años.

### **F.Criterios de inclusión.**

- Estudiantes activos del Colegio Bautista.
- Participantes ambos sexos.
- Edades entre 7-10 años.
- Dispuestos a colaborar.

### **G. Criterios de exclusión.**

Se excluyeron todos los niños mayores de 10 años aunque estudiaran en el Colegio Bautista, de Masaya Noviembre 2004 porque estos entran en el proceso de la adolescencia y existe un cambio en la forma de percibir las distintas situaciones que se les presentan. En esta muestra no se tomó en cuenta el grado en que estudiaban los niños y niñas ya que éste estudio está basada en la edad.

## **H. Fuente de información**

Primarias: se realizaron entrevistas a los niños entre 7-10 años que acuden al colegio Bautista de Masaya, Noviembre 2004.

Secundarias: Libros de Odontopediatría, libros de Psicología, artículos de Internet sobre el tema y Metodología de Investigación.

## **I. Operacionalización de variables.**

**Objetivo: Determinar las causas de aprensión al tratamiento dental en niños de 7-10 años que estudian en el Colegio Bautista de Masaya, Noviembre 2004.**

### **Variable: Aprensión**

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES
Aprensión	Temor, desconfianza, opinión infundada o extraña	Respuesta del niño (a)

**Objetivo: Describir el ambiente del consultorio como factor de aprensión del niño.**

### **Variable: Ambiente.**

Variable	Concepto	Indicadores
Ambiente	Condiciones o circunstancias, que rodean a las personas. El entorno puede ser agradable.	Respuesta del niño(a).

**Objetivo: Describir la percepción del niño hacia el dentista.**

**Variable: Experiencias pasadas**

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES
Experiencias pasadas	Hecho que se adquiere con la práctica. Situaciones realizadas en otro tiempo	Respuesta del niño(a).

**Objetivo: Describir la percepción del niño hacia el dentista.**

**Variable: Percepción del niño**

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES
Percepción del niño(a).	Manera de pensar sobre una tema, situación, lugar	Respuesta del niño(a).

**Objetivo: Determinar como las actitudes de los padres hacia el tratamiento dental repercuten en la conducta de los niños a tratar.**

**Variable: Actitudes de los Padres**

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES
Actitud de los Padres	Disposición de ánimo manifestada exteriormente	Respuesta de los niños.

**Objetivo:** Establecer la relación del sexo y edad en la manifestación de la aprensión al tratamiento dental.

**Variable:** Sexo y Edad

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES
Sexo	Características fenotípicas de cada individuo.	Femenino Masculino
Edad	Es el número de años y meses cumplidos de un niño(a).	Años referidos por el niño(a) y de acuerdo al listado ofrecido por el Colegio.

## **Resultados**

Concluida la fase de aplicación de instrumento, la información que fue grabada, luego procesada textualmente, procurando coherencia lógica en las ideas, seguidamente se procedió a organizar los datos en base a los objetivos concretizados en las variables de esta investigación.

Posteriormente se efectuó una agrupación de respuestas similares de los niños entrevistados, en las distintas categorías y se realizó un conteo, luego fueron introducidos al programa EXCEL, donde se realizó el análisis de los datos obtenidos para cada variable.

A continuación se muestran en tablas y gráficos las variables medidas.

**Tabla N° 1. Numero de niños(as), expresados en porcentaje, respecto al sexo.**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	28	50
Femenino	28	50
Total	56	100

**Fuente:** Guía de entrevista.

De los 56 niños y niñas entrevistados que corresponden al 100 %, 28 son del Sexo Femenino que representa el 50 % del Universo, y 28 del Sexo Masculino que corresponde al otro 50%.

**Tabla N°2. Edades expresadas en porcentajes**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
7	14	25
8	14	25
9	14	25
10	14	25
<b>Total</b>	56	100

**Fuente:** Guía de entrevista.

De los 56 Niños y Niñas entrevistados 14 corresponde a cada edad entre los 7 y los 10 años lo que significa el 25% de cada frecuencia.



**Tabla N° 3. Resultados en porcentaje sobre la percepción del niño al dentista.**

<b>Porcepción del niño al dentista</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si sabe	40	71.4
Miedo	13	23.2
Trato bien	3	5.4
Total	56	100

**Fuente: Guía de entrevista.**

Del 100% de entrevistados que serían 56 Niños y Niñas, 40 respondieron que sí sabe sobre el Dentista que sería el 71.4% del Universo. 13 Niños y Niñas contestaron sentir miedo lo que representa el 23.2%. 3 Hablan sobre el Dentista que los trató bien que sería el 5.4% de entrevistados.

**Tabla N°4. Resultados en porcentaje sobre la percepción del niño con respecto al ambiente.**

<b>Ambiente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Aparatos y figuras	18	32.1
Olor y sonido	11	19.6
Helado	13	23.2
Juegos	13	23.2
Televisión, libros	1	1.8
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

**Fuente: Guía de entrevista.**

Del 100% de entrevistados 18 contestaron que temen a los aparatos y figuras para un 32.1 %, 11 Niños temen al olor y al sonido para un 19.6 %, 13 Niños temen a lo helado para un 23.2%, 13 Niños también les gustaría tener juegos antes de entrar a la consulta para un 23.2 % y 1 responde que le gustaría tener televisor y libros para un 1.8%. En total son 56 Niños y Niñas.

**Tabla N° 5. Resultados en porcentaje sobre la aprensión infantil.**

<b>Aprensión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Miedo	51	91.1
Temor	5	8.9
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Guía de entrevista.

51 Niños responden sentir miedo para un 91.1%, y 5 responden sentir temor para 8.9%.  
Esto nos da 100% de entrevistados.

**Tabla N°6. Resultados en porcentaje sobre la actitud de los padres en la manifestación de aprensión en el infante.**

<b>Actitud de los Padres</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si me hablaron del doctor	27	48.2
Nome hablaron	29	51.8
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Guía de entrevista.

Del total de 56 Niños el 48.2% responde que sus padres le hablaron del Doctor y el 51.8% responden que sus padres no les hablaron del Dentista.

**Tabla N°7.Resultados en porcentaje sobre las experiencias pasadas.**

<b>Experiencias pasadas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Traumatica, me sacaron dientes	26	46.4
Solo revisión, limpiaron mis dientes	25	44.6
Fue agradable	5	8.9
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

**Fuente: Guía de entrevista.**

26 Niños responden que su primera visita fue traumática porque le sacaron un diente esto equivale a un 46.4%, 25 Niños solo fue revisión, equivale a 44.6% y 5 Niños responden que fue agradable para un 8.9% que en total corresponde al 100% de entrevistados.

**Tabla N°8: Aprensión –Ambiente.**

<b>Ambiente Aprensión</b>	<b>Aparato y figuras</b>	<b>Olor y sonido</b>	<b>Helado</b>	<b>Juegos</b>	<b>Televisor, libros</b>	<b>Total</b>
Miedo	15	11	12	12	1	51
Temor	3		1	1		5
<b>Total</b>	18	11	13	13	1	56

**Fuente:** Guía de entrevista.

18 Niños sienten aprensión a los aparatos y figuras

11 Niños sienten aprensión al olor y sonido.

13 Niños sienten aprensión a lo helado.

13 Niños les gustaría tener juegos en la consulta.

1 Niño le gustaría tener televisor y libros en la consulta.

Para un total de 56 entrevistados.

**Tabla N°9: Edad –Ambiente**

<b>Edad \ Ambie</b>	<b>Aparatos y figuras</b>	<b>Olor y sonido</b>	<b>Helado</b>	<b>Juegos</b>	<b>Televisor, libros</b>	<b>Total</b>
7	2	3	4	4	1	14
8	5	4	3	2		14
9	4	3	3	4		14
10	7	1	3	3		14
	18	11	13	13	1	56

**Fuente:** Guía de entrevista.

Con respecto a la edad de 7 años, 14 Niños sienten aprensión al ambiente, de la edad de 8 años, 14 sienten aprensión al ambiente, de la edad de 9 años 14 sienten aprensión al ambiente, y los de 10 años 14 sienten aprensión al ambiente.

**Tabla N°10:Edad- Actitud de padres.**

<b>Actitud de los padres</b> <b>Edad</b>			
	<b>Si me hablaron del doctor</b>	<b>No me hablaron</b>	<b>Total</b>
7	6	8	14
8	6	8	14
9	7	7	14
10	8	6	14
<b>Total</b>	27	29	56

**Fuente: Guía de entrevista.**

Los de 7 años, a 6 sus padres le hablaron del Doctor y 8 no tuvieron información, a niños de 8 años, a 6 les hablaron del Doctor y a 8 no sabían nada, de 9 años, 7 si les habían hablado del Doctor y 7 no tenían información de sus padres, de 10 años, a 8 si les hablaron del Doctor y a 6 no les habían dicho nada. Para un total 56 infantes.



**TablaN°11:Edad-Sexo.**

<b>Sexo</b>  <b>Edad</b>			
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
7	7	7	14
8	7	7	14
9	7	7	14
10	7	7	14
<b>Total</b>	28	28	56

**Fuente:** Guía de entrevista.

14 Niños de cada edad, 7 de cada sexo. Para un total de 56.

**Tabla N°12: Aprensión- Sexo.**

<b>Sexo</b> <b>Aprensión</b>			
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Miedo	24	27	51
Temor	4	1	5
<b>Total</b>	28	28	56

**Fuente: Guía de entrevista.**

24 Niñas sienten miedo y 4 refieren sentir temor.

27 Niños sienten miedo y 1 siente temor.

Total 56 Niños.

**Tabla N°13: Actitud de los padres- Aprensión.**

<b>Actitud de Padres</b> <b>Aprensión</b>			
	<b>Si me hablaron del doctor</b>	<b>No me hablaron</b>	<b>Total</b>
Miedo	25	26	51
Temor	2	3	5
<b>Total</b>	27	29	56

**Fuente: Guía de entrevista.**

27 Niños y Niñas la actitud de sus padres fue positiva y 29 Niños y Niñas responden que fue negativa la actitud de sus padres en cuanto a la información que brindaron a sus niños. Para un total de 56 infantes.

**Tabla N°14: Experiencias pasadas-Sexo.**

<b>Sexo</b>  <b>Experiencias pasadas</b>			
	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Traumatica, me sacaron dientes	13	13	26
Solo revisión, limpiaron mis dientes	11	14	25
Fue agradable	4	1	5
<b>Total</b>	28	28	56

**Fuente: Guía de entrevista.**

Del sexo femenino 13 refirieron que su visita al Dentista fue traumática, a 11 solo le revisaron sus dientes, y a 4 la consulta les pareció agradable.

Del sexo masculino 13 fue traumática, a 14 solo le efectuaron revisión y a 1 fue agradable.

Total 56 Niños entrevistados.

**Tabla N°15: Actitud de padres- Experiencias pasadas.**

<b>Actitud de Padres</b> <b>Experiencias pasadas</b>	<b>Si me hablaron del doctor</b>	<b>No me hablaron</b>	
			<b>Total</b>
Traumatica, me sacaron dientes	16	10	26
Solo revisión, limpiaron mis dientes	10	15	25
Fue agradable	1	4	5
<b>Total</b>	27	29	56

**Fuente: Guía de entrevista.**

16 Niños refieren que sus padres hablaron sobre el Doctor pero fue traumática su visita al dentista, 10 Niños responden que solo les limpiaron sus dientes, y 1 que fue agradable. De los que sus padres no les hablaron sobre el dentista 10 fue traumática su visita, 15 solo les limpiaron sus dientes y 4 fue agradable.

**Tabla N°16: Experiencias pasadas-Ambiente.**

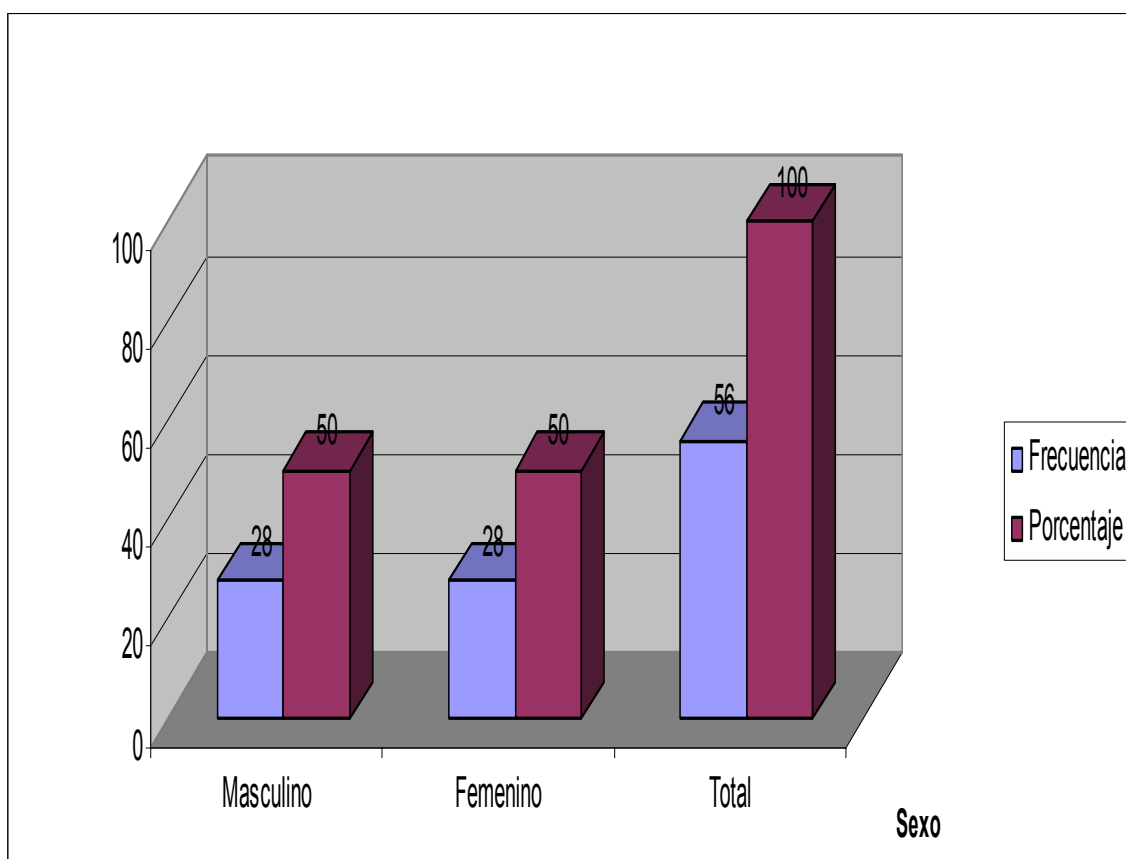
<div style="text-align: center;"> <div>Ambiente</div> <div>Experiencias pasadas</div> </div>						
	Aparatos y figuras	Olor y sonido	Heledo	Juegos	Televisor, libros	Total
Traumatica, me sacaron dientes	8	8	4	6		26
Solo revisión, limpiaron mis dientes	8	3	7	6	1	25
Fue agradable	2		2	1		5
<b>Total</b>	18	11	13	13	1	56

**Fuente: Guía de entrevista.**

26 Niños su experiencia pasada fue traumática por sentir aprensión al ambiente, 25 Niños solo les revisaron sus dientes pero sintieron miedo al ambiente, 5 Niños fue agradable aunque sintieron miedo al ambiente. Para un total de 56 Niños.

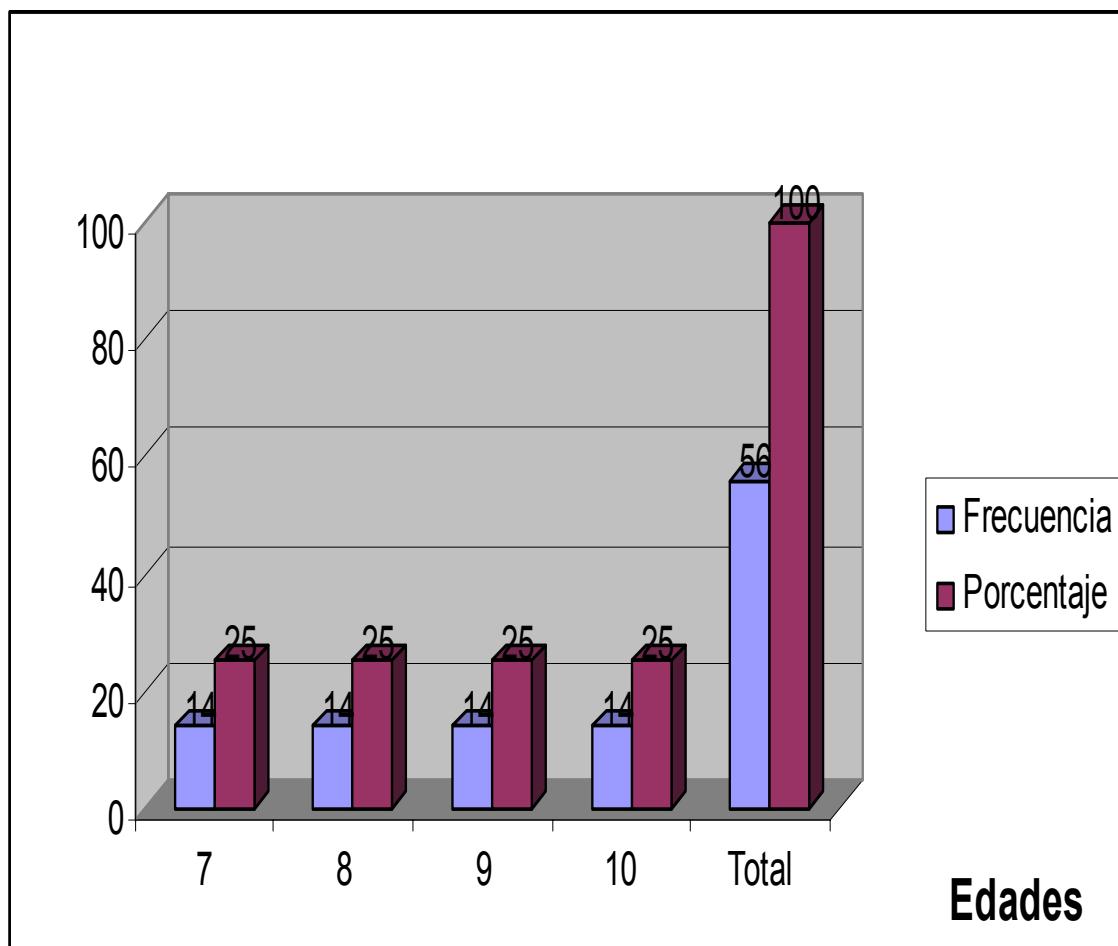
## **GRAFICOS DE BARRAS.**

**Grafico N°1. Numero de niños(as), expresados en porcentaje, respecto al sexo**



**Fuente: Tabla N° 1**

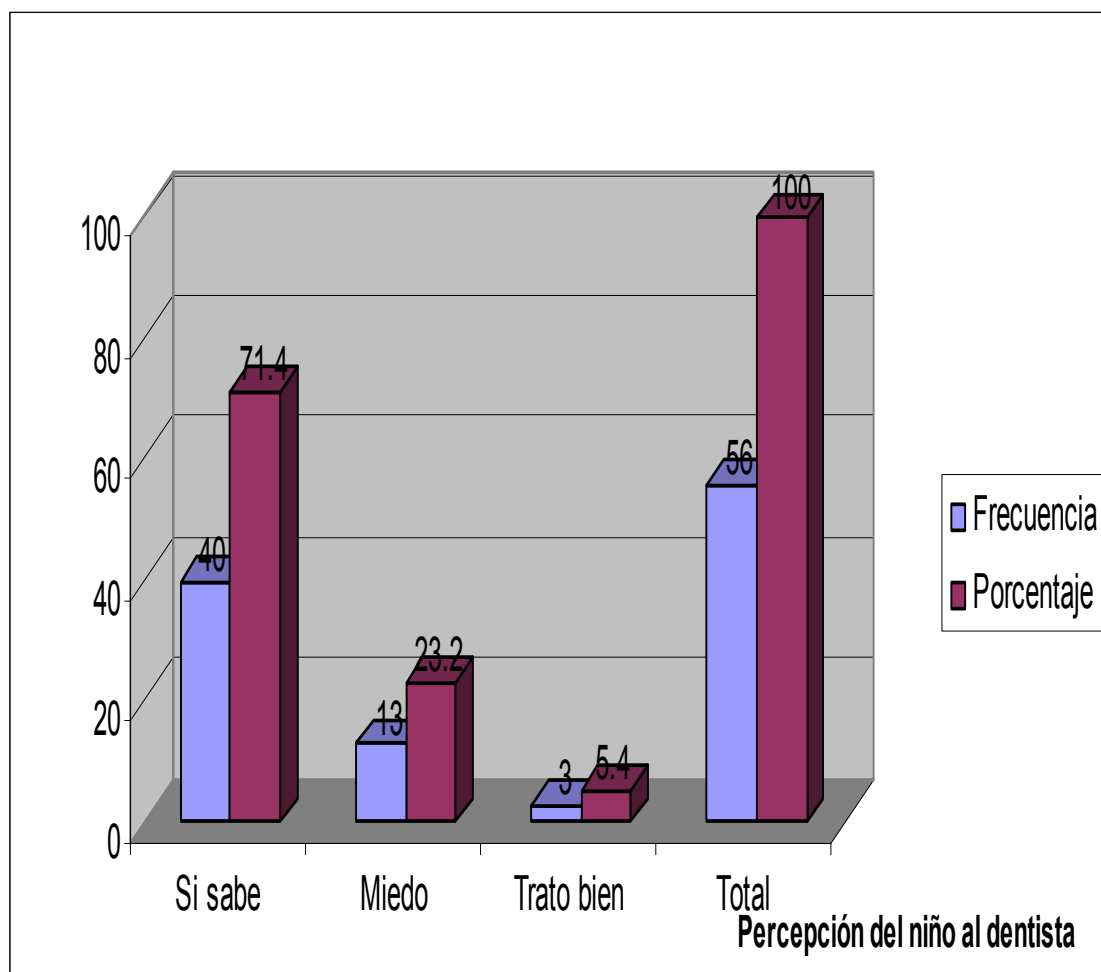
**Grafico N° 2. Edades expresadas en porcentajes.**



**Fuente: Tabla N° 2**

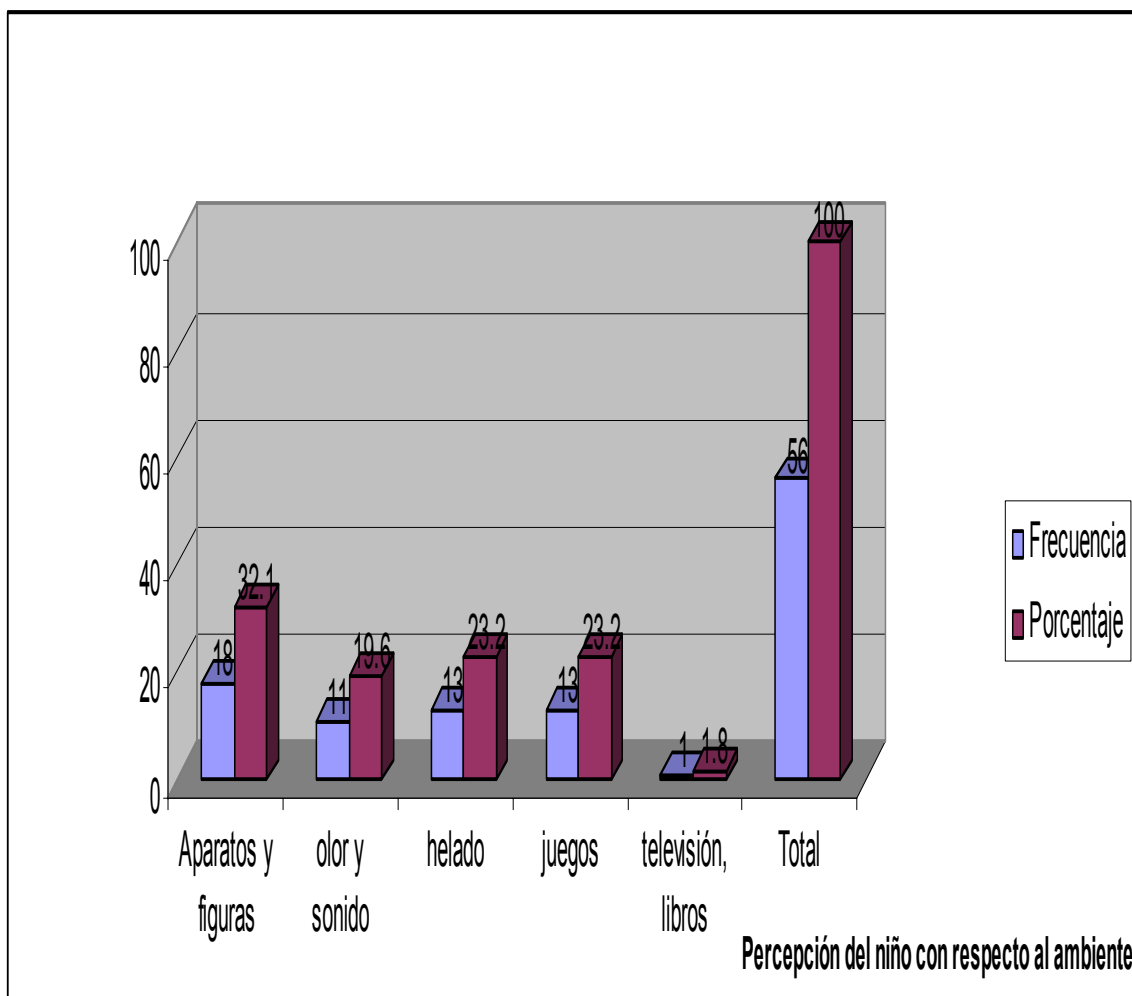


**Grafico N° 3. Resultados en porcentaje sobre la percepción del niño al dentista.**



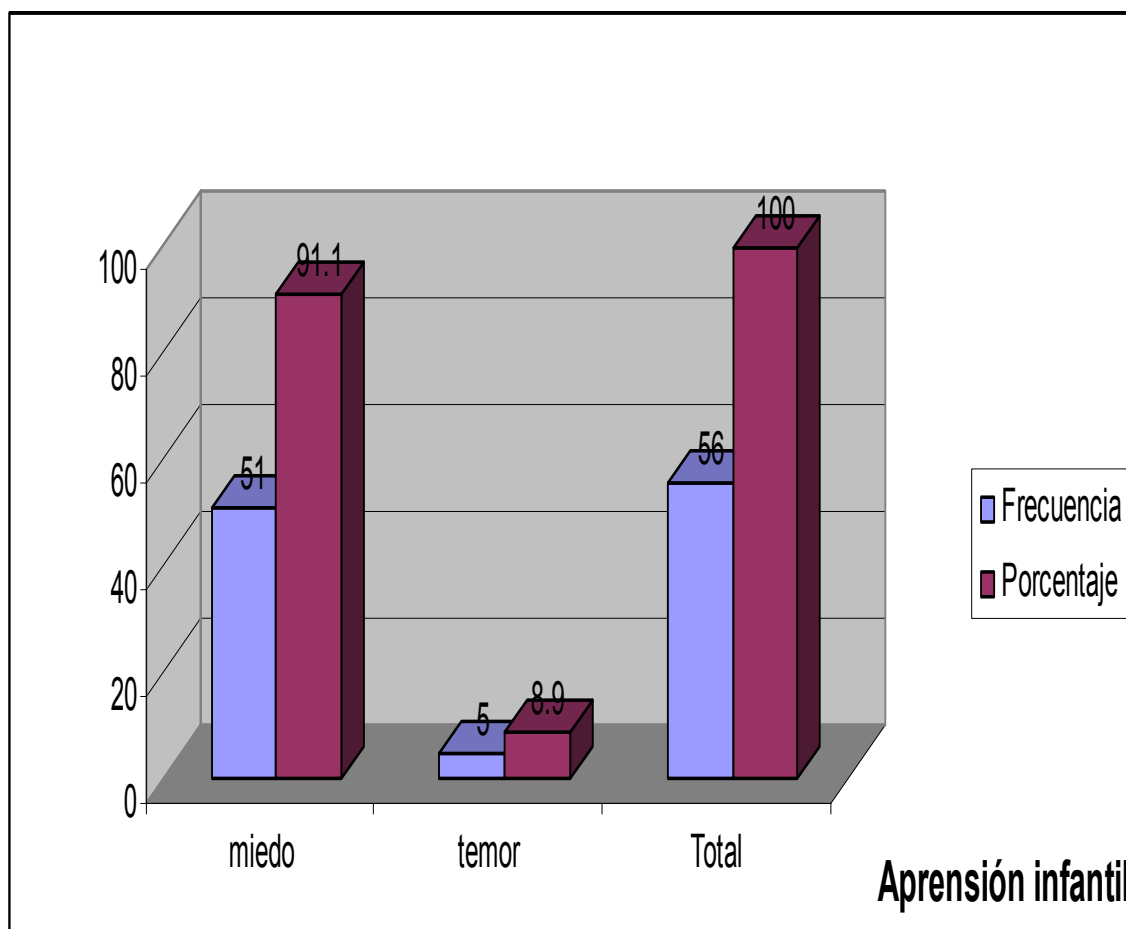
**Fuente: Tabla N° 3**

**Grafico N°4. Resultados en porcentaje sobre la percepción del niño con respecto al ambiente.**



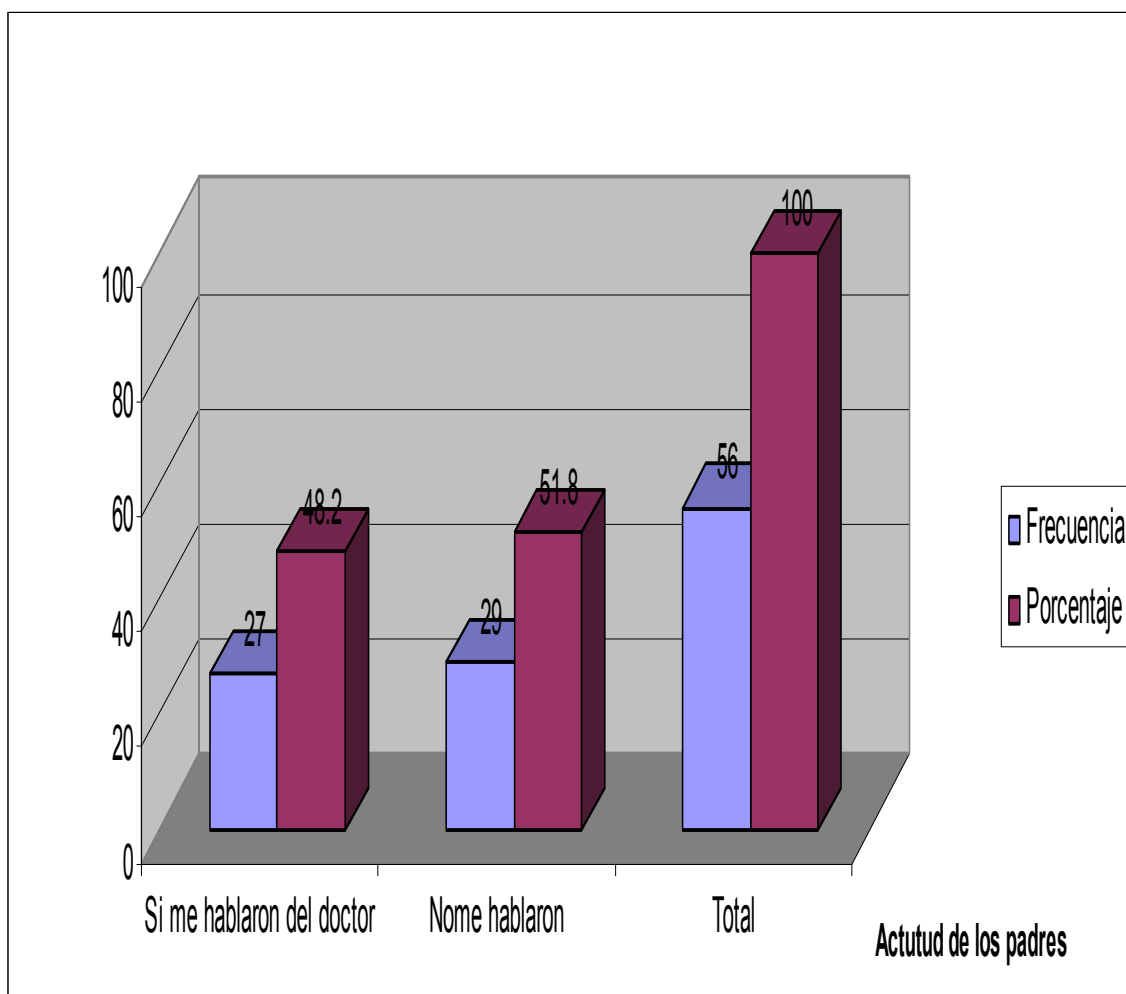
**Fuente: Tabla N° 4**

**Grafico N° 5. Resultados en porcentaje sobre la aprensión infantil**



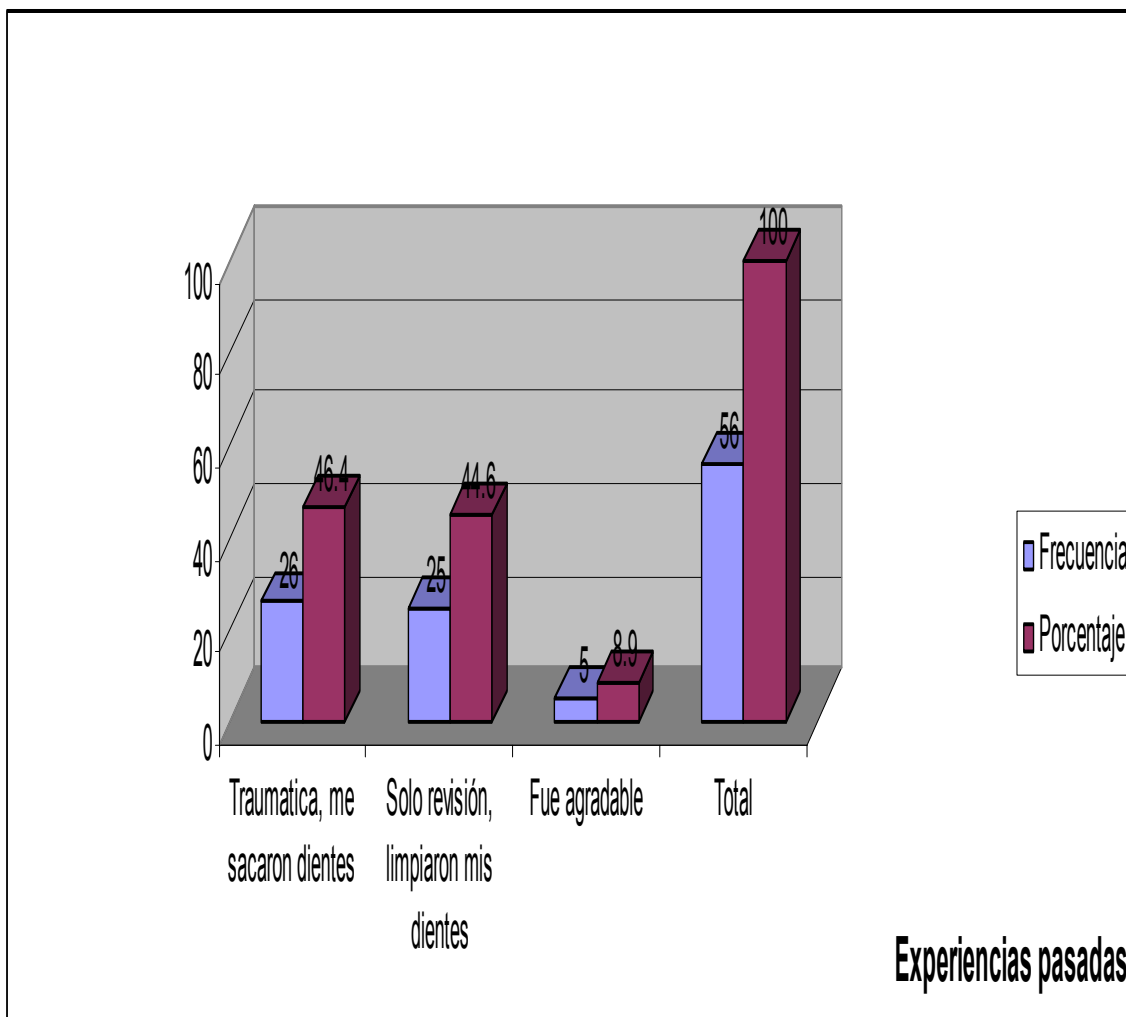
**Fuente: Tabla N° 5**

**Grafico N°6. Resultados en porcentaje sobre la actitud de los padres en la manifestación de aprensión en el infante.**



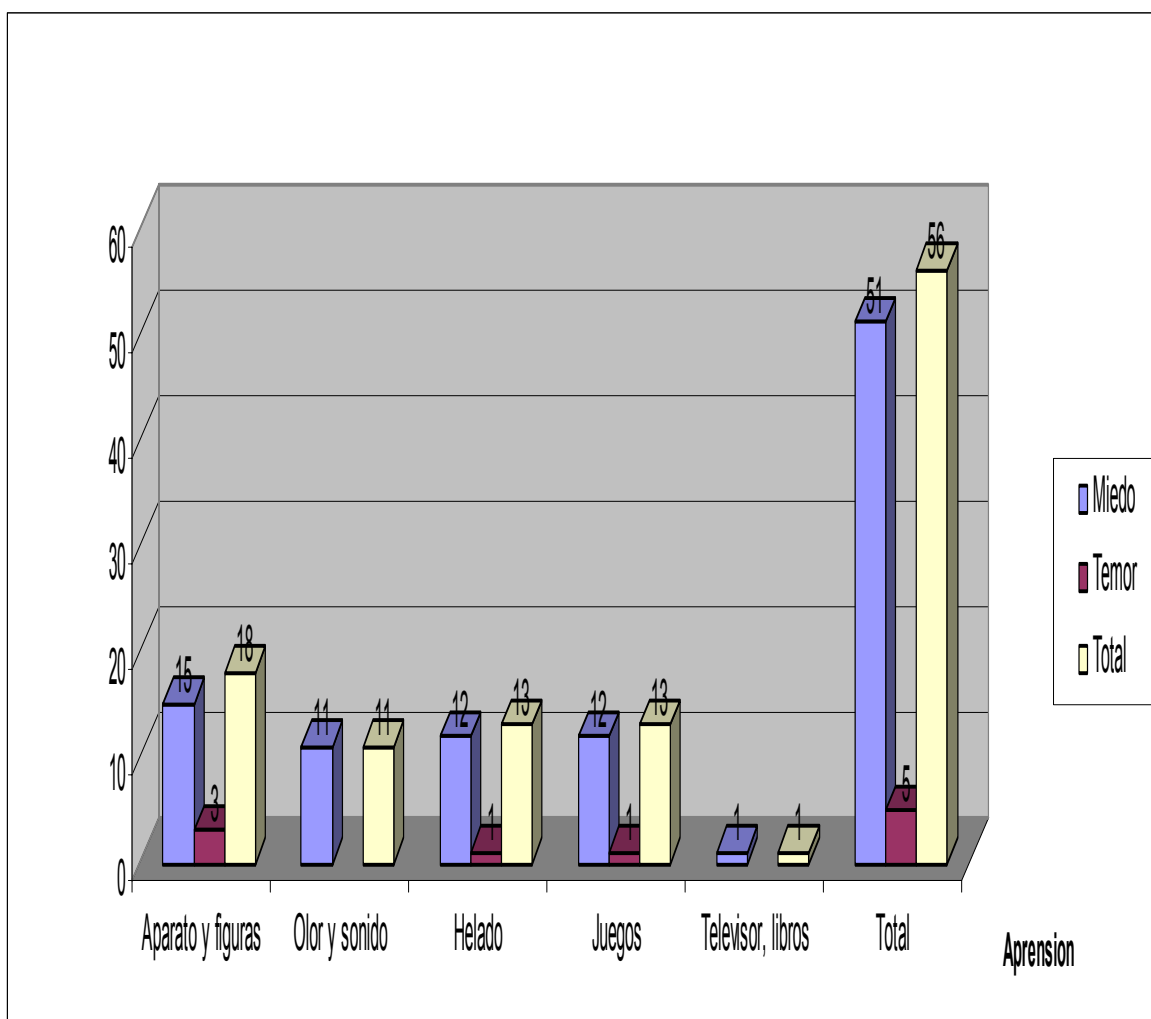
**Fuente: Tabla N° 6**

**Grafico N° 7. Resultados en porcentaje sobre las experiencias pasadas.**



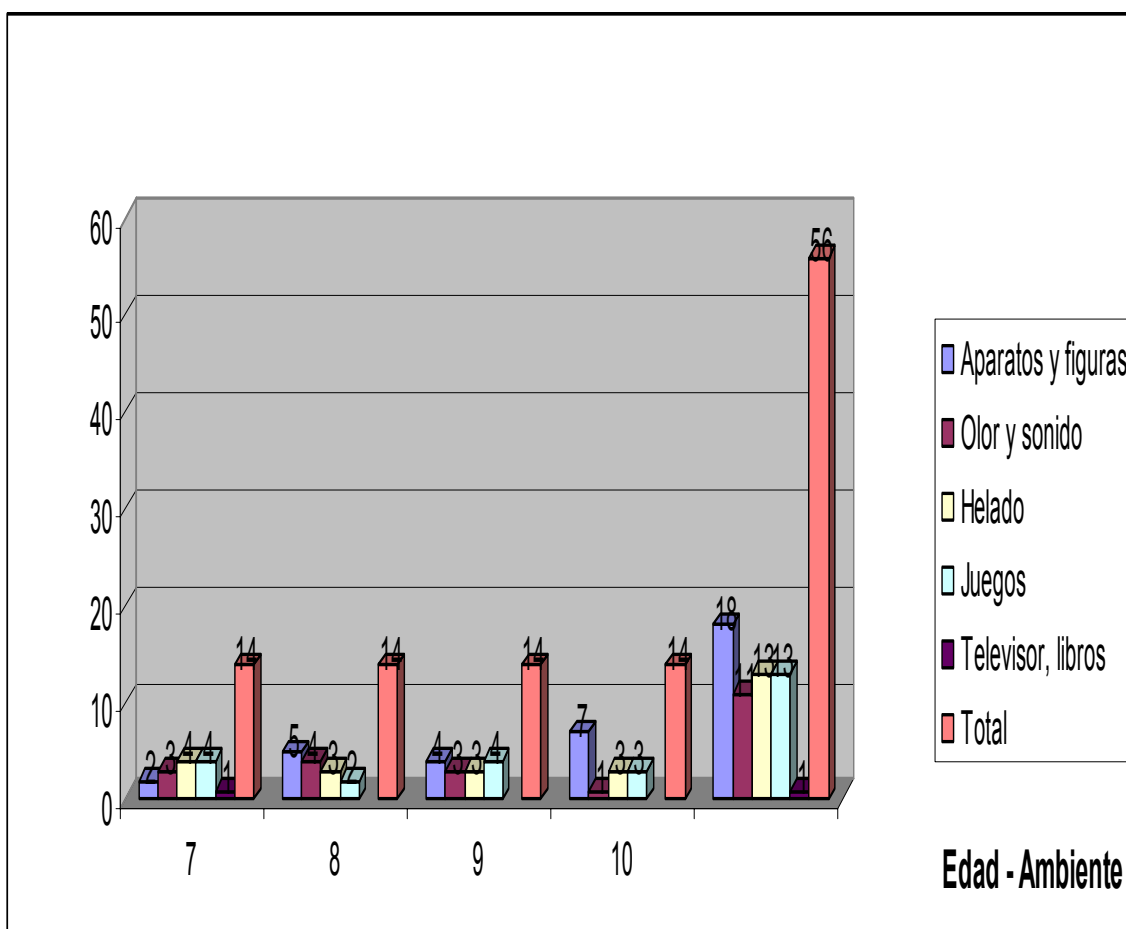
**Fuente: Tabla N° 7**

**Grafico N°8: Ambiente –Aprensión.**



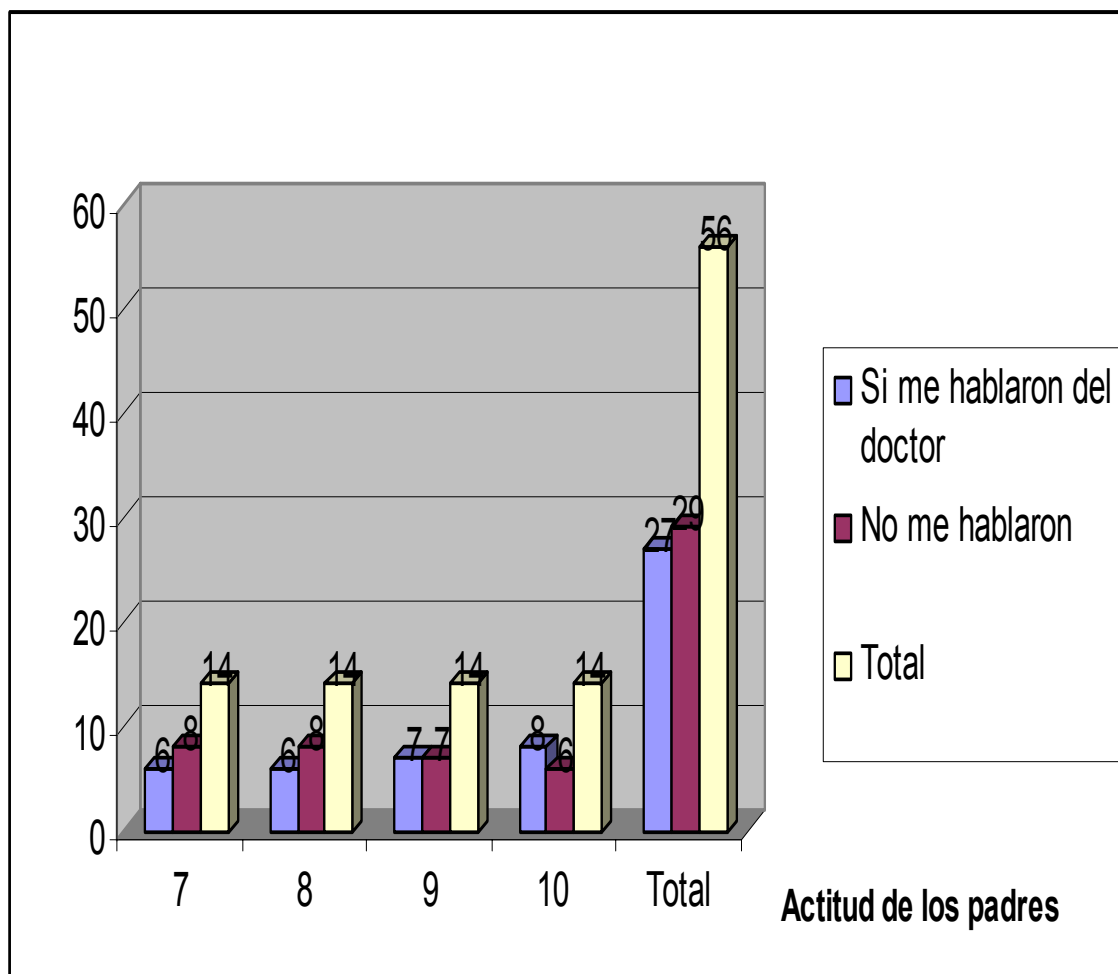
**Fuente: Tabla N° 8**

**GraficoN°9: Ambiente –Edad.**



**Fuente: Tabla N° 9**

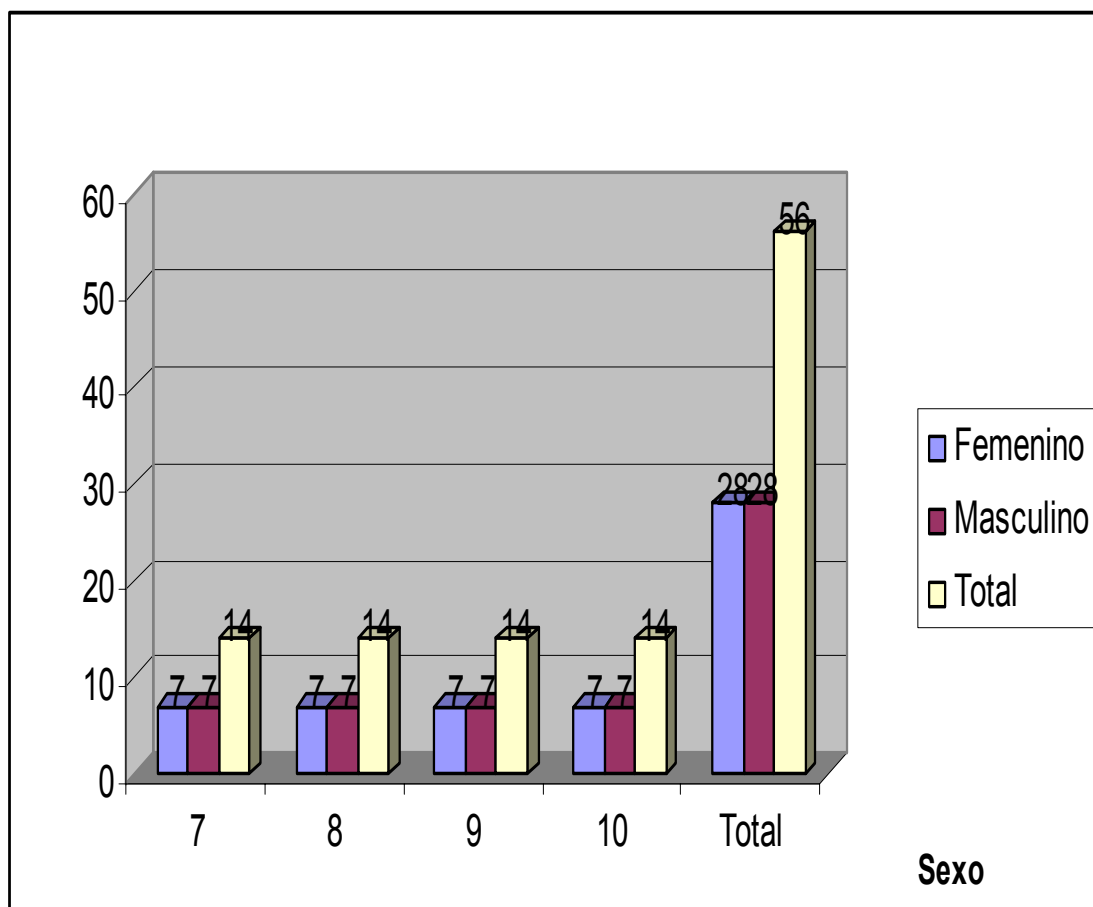
**Grafico N°10: Actitud de padres-Edad.**



**Fuente: Tabla N° 10**

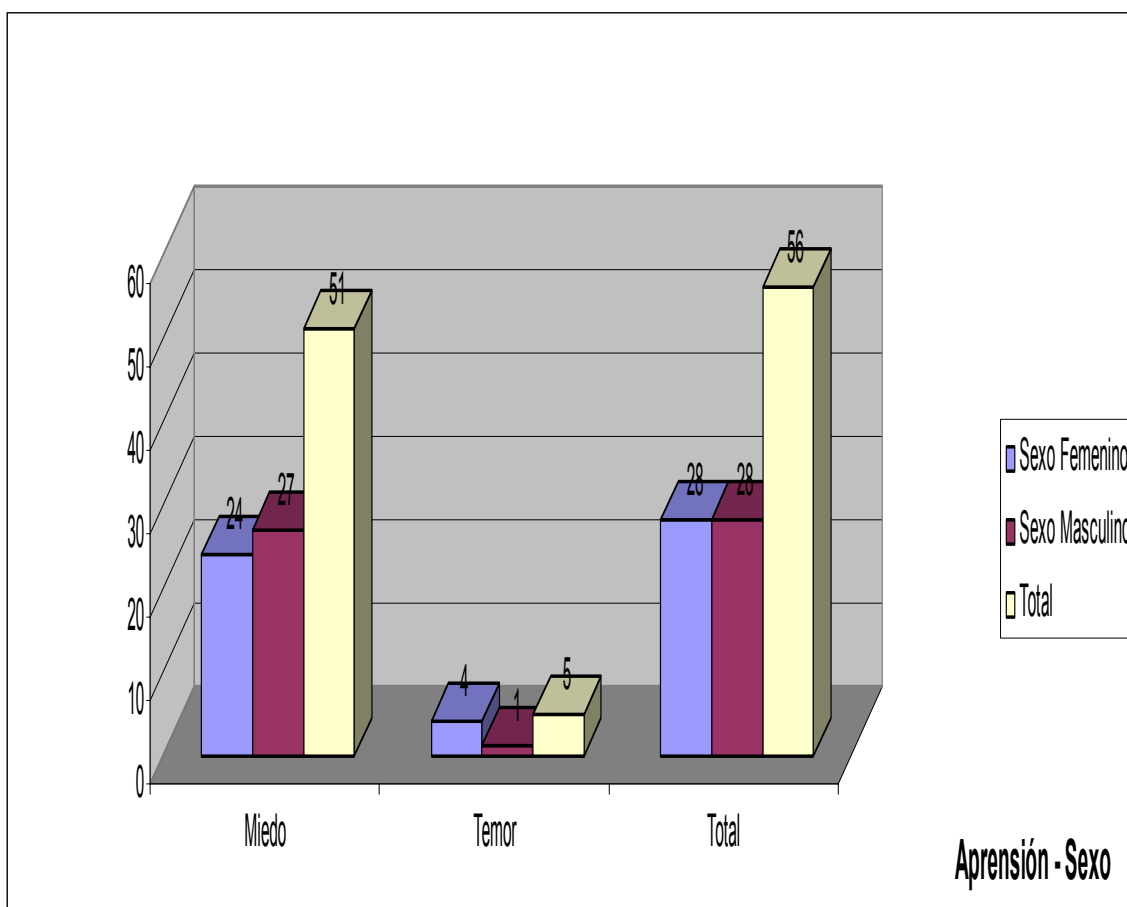


**Grafico N°11:Sexo-Edad.**



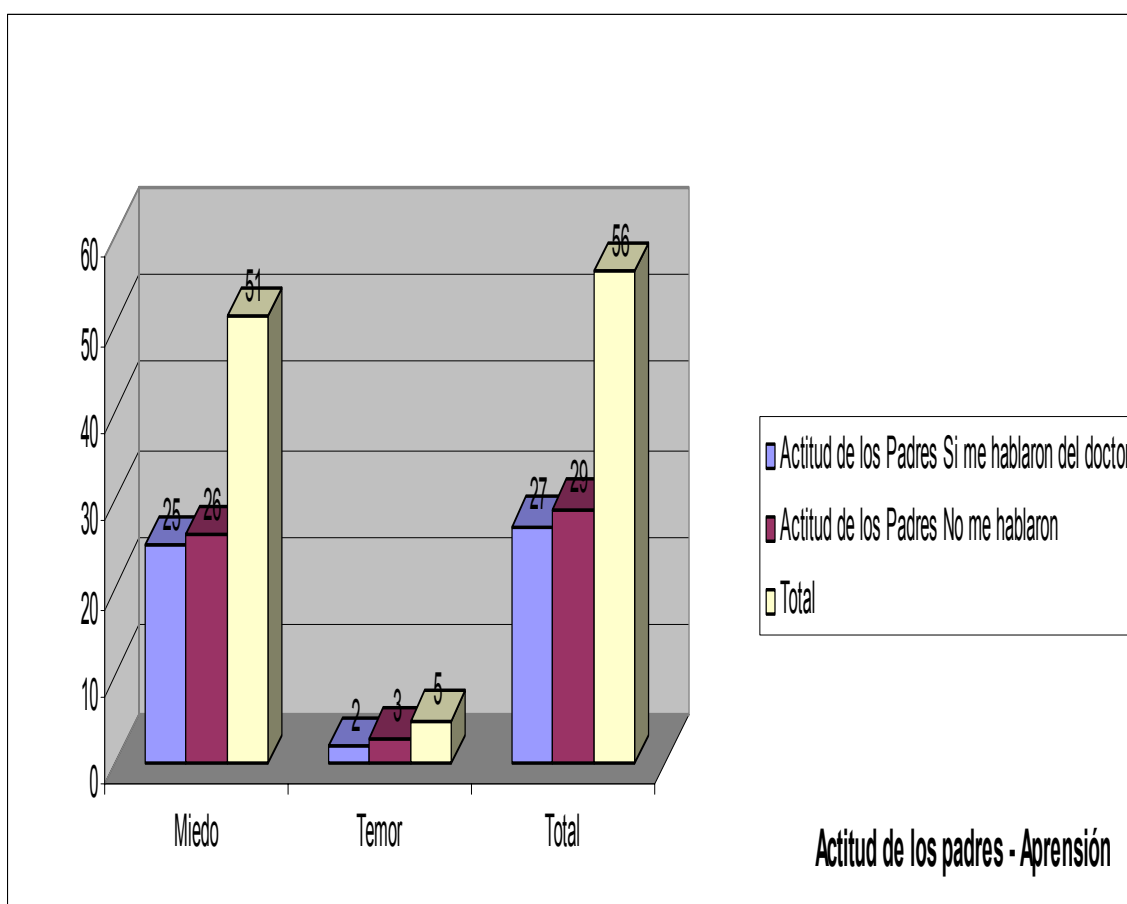
**Fuente: Tabla N° 11**

**Grafico N°12: Sexo –Aprensión.**



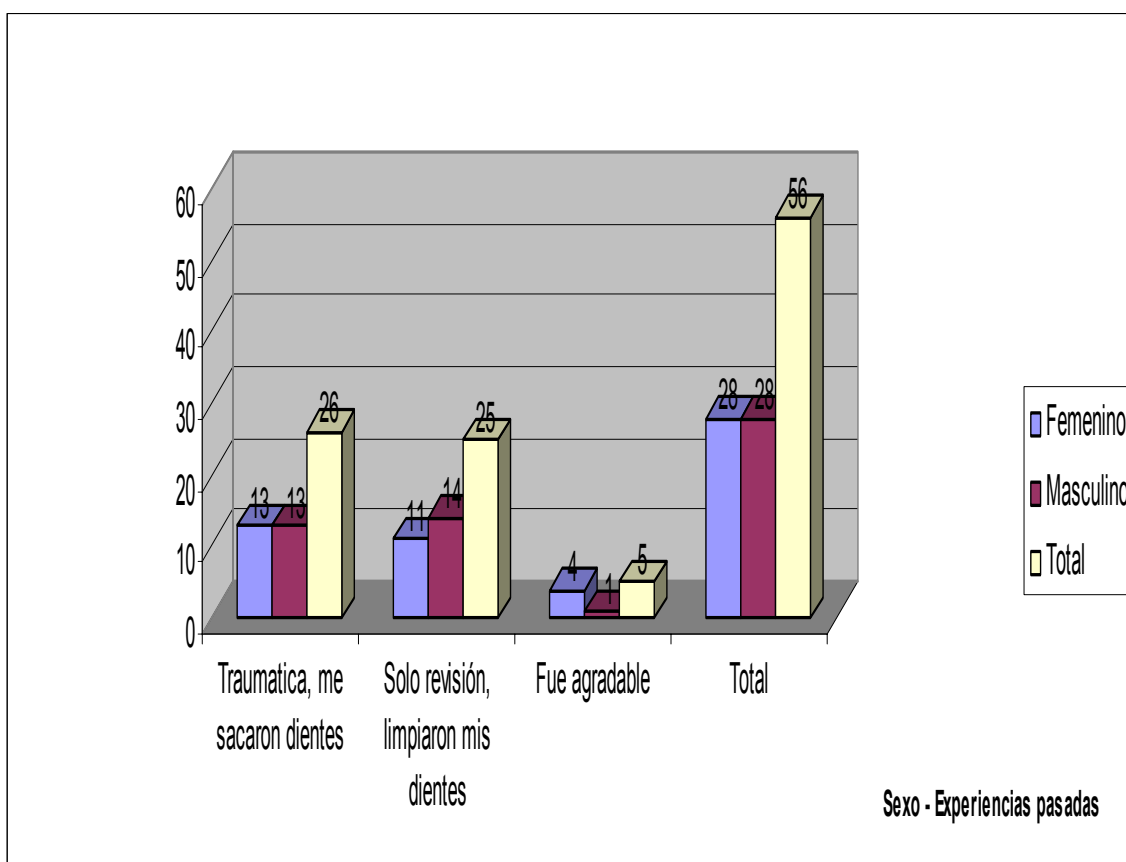
**Fuente: Tabla N° 12**

**Grafico N°13: Actitud de los padres –Aprensión.**



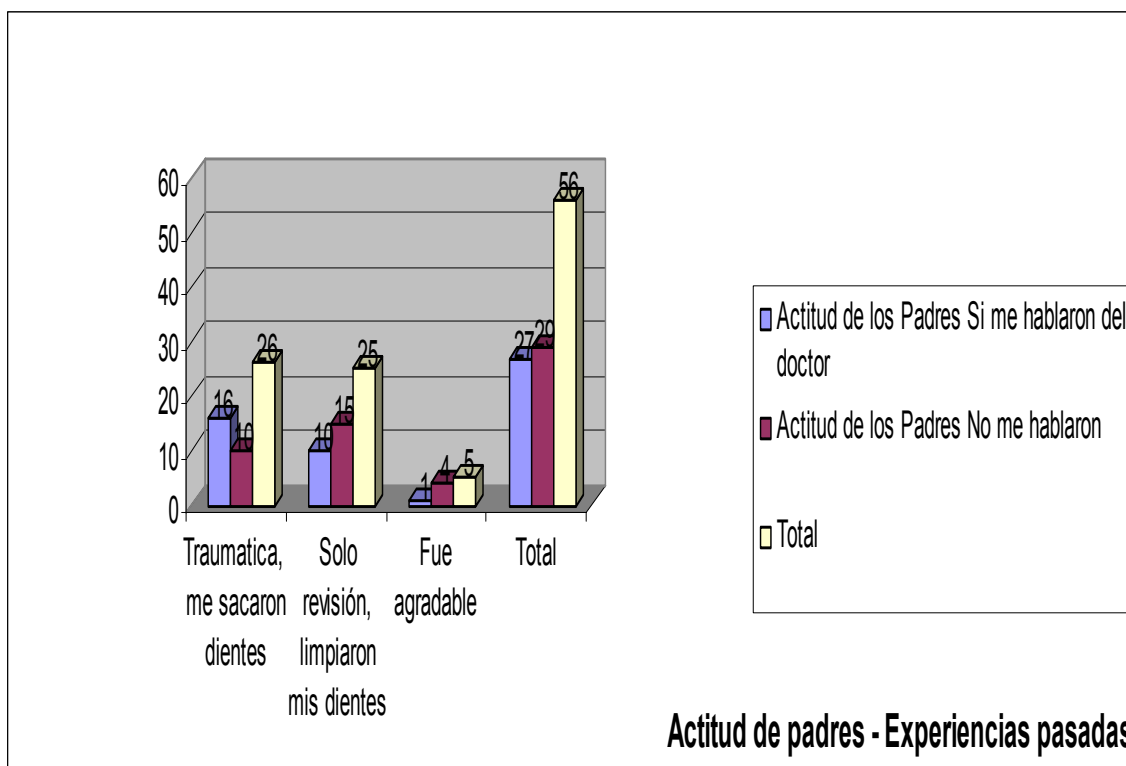
**Fuente: Tabla N° 13**

**Grafico N°14: Sexo –Experiencias pasadas.**



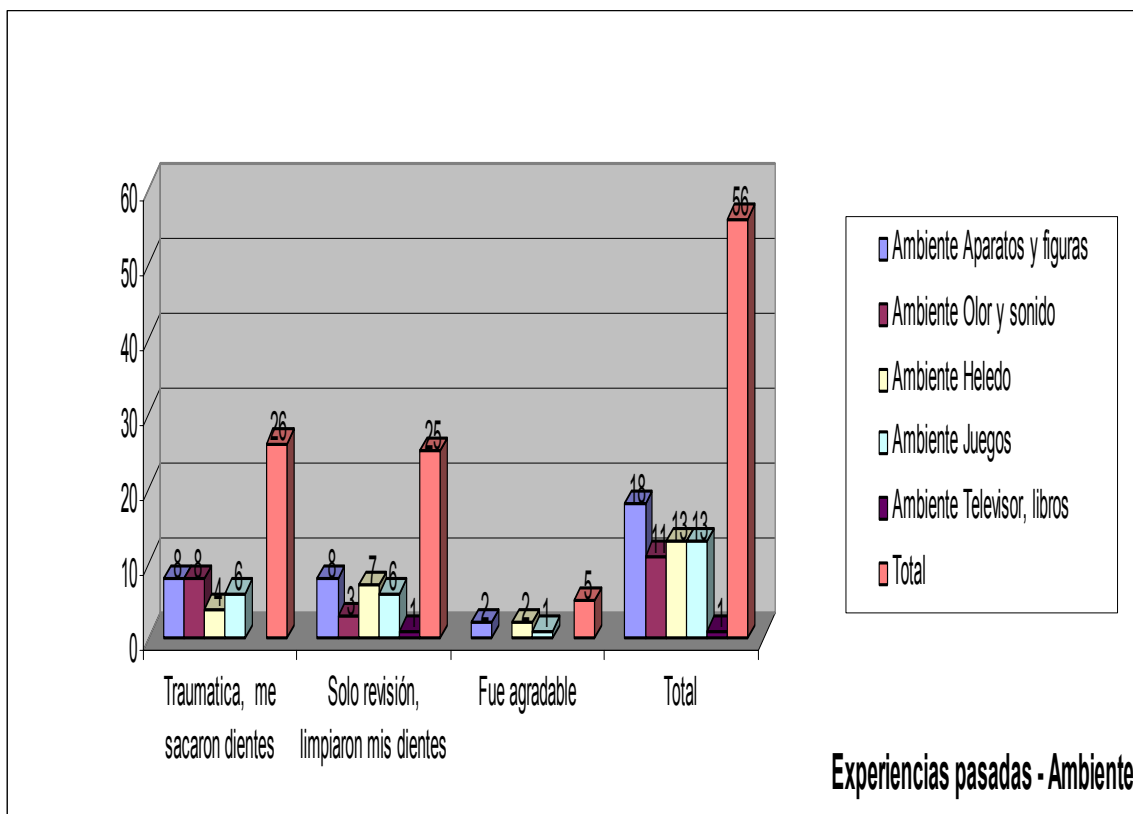
**Fuente: Tabla N° 14**

**Grafico N°15: Actitud de padres- Experiencias pasadas.**



**Fuente: Tabla N° 15**

**GRAFICO N°16: Ambiente-Experiencias pasadas.**



**Fuente: Tabla N° 16**

## **Discusión de resultados**

La investigación realizada en el Colegio Bautista de Masaya en niños de edades comprendidas entre los 7 a 10 años, se obtuvieron respuestas validas, que corresponden a 56 infantes entrevistados , de los cuales 28 eran del sexo femenino y 28 del sexo masculino, 7 de cada edad.

Analizando la aprensión que presentan los infantes con respecto al ambiente, se obtuvo respuestas de que 15 suelen sentir miedo a los aparatos y figuras, tales como los modelos de dentaduras (tipodontos), el aparato de rayos X, figuras tales como un médico realizando una extracción dental, un diente mostrando una inmensa caries, las encías inflamadas con cálculo el diente amarillo, todo esto es desconocido para el infante, y según la literatura señala que una clínica infantil debe tener figuras de caricaturas que agraden a los niños. También, 3 infantes responden sentir temor a los aparatos y figuras, aquí se puede, la relación de estos dos términos y comprender la diferencia de conceptos, el miedo es una perturbación angustiosa del ánimo ante un peligro real o imaginario. El niño si los padres o el adulto en particular no le explica lo que es y lo que hace el dentista y para que lo llevan a el, cuando éste pequeño entra a la clínica todo le causa miedo, porque no sabe que le van a hacer. El temor es un miedo con sentimientos de inquietud, incertidumbre, aprensión hacia algo, es decir desconfianza, opinión extraña. Resulta ser aprensivo el olor y el sonido, 11 niños respondieron sentir miedo y 12 infantes responden miedo a lo helado, utilizando el término temor 1. Es conveniente recordar que las clínicas no deben tener el aire acondicionado muy fuerte.

Se encontró que el ambiente es un factor importante en la percepción del niño, para este es desconocido, todo lo que está a su alrededor, si los colores, los objetos la decoración de la clínica esta adaptada a los niños su aprensión disminuye, ya que tendría un efecto relajante.

Se demostró que el 32.1% tiene miedo a los aparatos y figuras de la clínica, el instrumental que existe.

Un 19.6% refieren que el olor y el sonido es extraño y molesto para ellos.

Un 23.2% responde que lo helado de la clínica les da temor a congelarse. El 23.2% prefieren tener juegos para distraerse, el 1.8% mencionan libros, televisor para no aburrirse. Los infantes tienen una percepción de todo lo que gira a su alrededor, y si no se les habla del tema, todo seguirá siendo desconocido, estarán temerosos y no recibirán un tratamiento dental adecuado.

La actitud de los padres es primordial en la formación conductual del infante, es la etapa donde imitan porque quieren parecerse a los adultos.

El 8.9% dicen que fue agradable su visita al Dentista, pero tuvieron un modelo de comportamiento (Imitación de otro niño o un adulto). Se considera vital la actitud que tomen los padres, o el adulto en particular ya que el niño es un fiel imitador de sus actos en estas edades.

Según las respuestas de los infantes entrevistados el 100% sabe que es un dentista, el 48.2% sus padres le brindaron información y un 51.8% se enteraron por la televisión o en la escuela. Es por ello, que la información que la familia brinde, sea lo más sencilla y que el lenguaje sea de acuerdo a la edad del niño.

Con respecto a la edad y el sexo no se encontró diferencia, todos los entrevistados en algún momento de la cita dental sintieron miedo.

Un 46.4% del Universo constituido por 56 entrevistados hablan acerca de sus experiencias traumáticas(le sacaron un diente).

Un 44.6% Sintieron miedo aunque solo les limpiaron sus dietes.

Al realizar el análisis de la edad respecto al ambiente que le causaba miedo se encontró las siguientes respuestas, que de la edad de 7 años ,2 temen a los aparatos y figuras, 3 temen al olor y sonido y 4 temen a lo helado.

De la edad de 8 años, presentan 5 niños temor a los aparatos y figuras, 4 infantes temen al olor y sonido y 3 a lo helado.



Los de 9 años temen a los aparatos y figuras, 4 infantes, al olor y sonido 3 y 3 temen a lo helado.

De los 10 años, 7 sienten temor a los aparatos y figuras 1 al dolor y sonido y 3 temen a lo helado. Se puede decir que en este estudio, a medida estos niños crecen en edad se sienten mas aprensivos a los aparatos y figuras que existen en el ambiente de la clínica, no así a lo helado que son los más pequeños los que se atemorizan. Dentro de la entrevista se les preguntó que para disminuir su temor antes de entrar al consultorio que creían que se podía hacer, respondieron que debían existir juegos, televisor, libros para niños. El ambiente debe ser alegre, contar como dice la literatura colores vivos, caricaturas, mobiliario infantil, juguetes, tratar de evitar uniformes blancos, olores y sonidos fuertes, se puede tener música agradable en tono bajo, esto ocupa la mente y oculta parte de los ruidos, del consultorio. Es sumamente importante que el niño sienta que todos los que laboran en la clínica infundan confianza.

Se encontró como resultado, al relacionar la actitud de los padres la edad, que estos son parte influyente porque son los que conviven con él. Un niño de corta edad y si experiencia, al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres y otra persona, pronto desarrollará miedo a esa experiencia.

Los resultados indican 6 pequeños de 7 años respondieron que sus padres ni le hablaron del dentista para que no sintiera miedo a la hora de un procedimiento dental mientras que 8 de la misma edad respondieron que sus padres o les habían hablado nada. Los infantes de 8 años, 6 responden que sus padres de forma positiva brindaron información sobre el dentista pero 8 responden que no les informaron.

La literatura nos dice según Shoban y Borlan que en los adultos el miedo al tratamiento dental estaba principalmente basado en lo que hablaron sus padres sobre ellos, y lo que mas infunde temor es escuchar, hablar sobre las experiencias desagradables.

De la edad de 9 años, 7 contestaron que sus padres les hablaron bien del doctor que cuida sus dientes y 7 responden que no les mencionaron nada.

De la edad de 10 años, 8 contestaron que la actitud que tomaron sus padres de hablarles antes del dentista fue buena para si tener idea de que les iban a realizar con respecto a un tipo de tratamiento, 6 contestaron que no les informaron nada. El niño debe estar informado de manera general los procedimientos que podrían serle aplicados y el aspecto y descripción de lo que puede sentir.

Al establecer la relación del sexo y edad en la manifestación de la aprensión, resultó que del sexo femenino entrevistados fueron 7 de 7 años, 7 de 8 años, 7 de 9 años y 7 de 10 años, para un total de 28 niños. Todos sintieron miedo en algún momento de la visita dental. Según la literatura existe un grupo de niños que tiene fobia al tratamiento odontológico y se considera que el temor a las agujas representa un 90% de las causas de este miedo, siendo encontrado en este estudio aprensión al ambiente que conlleva a aparatos y figuras. El dentista cuando habla con los niños debe ponerse a su mismo nivel de conversación en palabras e ideas.

La percepción del niño es mayor que la de un adulto para sentir miedo, el odontólogo nunca deberá perder su dominio y enfadarse, si el dentista tiene confianza en sí mismo es seguro que algo de este sentimiento se transmite a su paciente infantil.

Al relacionar la aprensión con el sexo, se obtuvo que 24 del sexo femenino tuvo miedo y 27 del sexo masculino, 4 del sexo femenino responden sentir temor. El término usado depende del que sus padres hablen.

Si se relaciona la actitud de los padres con la aprensión del infante, vemos como éstos perciben lo que hacen o dicen sus padres. Del sexo femenino 25 responden que sintieron miedo aun cuando sus padres les informaron, 26 no tenían información y sintieron miedo, 2 presentaron temor del sexo femenino y 3 del sexo masculino.

Al relacionar las experiencias pasadas con el sexo se encontró que del sexo femenino 13 responden que fue traumática su primer visita por lo cual sienten miedo al volver al doctor que cuida sus dientes, igualmente los del sexo masculino fueron 13 pequeños.

De los entrevistados 11 del sexo femenino sólo revisaron y limpiaron sus dientes y 14 del sexo masculino, siempre tienen miedo.

Solamente 4 infantes del sexo femenino responden ser agradable la visita al Dentista y 1 del sexo masculino, se obtienen que las niñas han tenido más experiencias agradables que los niños.

En relación a la actitud de los padres, referente a las experiencias pasadas de los infantes, los padres que habían hablado con sus hijos antes de visitar al dentista 16 responden que fue traumático y solo 10 de los que no les habían hablado fue traumático.

De los que tenían información y solo les limpiaron sus dientes respondieron 10 y 15 revisaron sus dientes pero no tenían información.

De los niños que responden que fue agradable, porque sus papás ya les habían dicho que podían sentir y que tratamientos podían realizarles solo 1 y 4 responden que no sabían nada pero fue agradable porque no les hicieron nada.

La actitud que presenten los padres ante sus hijos es lo que ellos manifestaran en algunas situaciones como el acudir a un tratamiento dental. Se puede decir que dependiendo de éstos los niños son cooperadores y no cooperadores que son aquellos que no pueden superar o hacer frente a los estímulos y exigencias conductuales de la experiencia dental.

Después de años de estudio, los psicólogos han llegado a la conclusión de que no es tan sencillo asociar un determinado estímulo con una sensación de miedo concreta como proponía Watson, porque es la experiencia de cada persona la que determina si va a ser aprensivo o no, se concluye que las experiencias pasadas es determinante en la manifestación de aprensión.

El miedo que se puede experimentar es objetivo, perfectamente justificado y nos protege de una serie de peligros a lo desconocido.

## **Conclusiones**

A través de este estudio realizado en niños de 7 a 10 años del Colegio Bautista de Masaya en el periodo de noviembre del 2004, se concluye lo siguiente:

Los niños sienten temor al asistir a la consulta dental debido al ambiente desagradable (aparatos y figuras desconocidas, el olor y el sonido y lo helado de la clínica; además para que la clínica no sea aburrida debe de tener libros adecuados a la edad infantil y juegos para disminuir la aprensión antes de entrar a la consulta.)

El ambiente es determinante para generar confianza o desconfianza en el infante que acuda al odontólogo, sobre todo lo que respecta a las fotografías, objetos que en su mayoría son informativos dado que así lo expresan los niños. Otro aspecto a tomar en cuenta del ambiente es que se encuentre demasiado frío causado por el aire acondicionado en casos de estrés o ansiedad, sienten temor a congelarse, esto indica que en el niño se genere un estado de ansiedad mayor que al final pasaría a un estado de shock nervioso.

Es de suma importancia en futuros estudios analizar la información que tengan los padres sobre la higiene y salud bucal y la forma en que transmiten esta información a los pequeños, dado que encontramos que un alto porcentaje es recibido por sus padres y del adulto que se relacione con ellos( abuelos ,tíos, maestros)esto incide en las manifestaciones de aprensión al tratamiento dental.

No se encontró relación entre aprensión y sexo, este no es determinante para sentir miedo, en cuanto a la edad, a mayor edad existe mayor aprensión debido a que toma más en cuenta lo que tiene alrededor, es decir en el ambiente en el caso de los niños estos son más observadores.

La primera consulta debe ser lo más agradable, ya que es determinante en el comportamiento, no solo en edad infantil sino en edad adulta, ya que estos van a buscar pretextos para no asistir a la consulta para chequeos periódicos odontológicos.

Los niños perciben al odontólogo como tradicionalmente a los médicos que son los que ponen inyecciones, se visten de blancos, sacan muelas, hoy en día es importante la

imagen que proyecta el dentista, además de las relaciones interpersonales con el personal auxiliar de la clínica, aun en estados de emergencia, (gritos, actitud que le impida al medico dentista ser delicado respetuoso en el trato del niño

## **Recomendaciones**

El colegio odontológico debe relacionarse más con el MINSA, MECD, para que sus asociados brinden charlas educativas sobre la salud bucal tratando de esta manera disminuir el miedo que es el principal problema de manejo en pacientes infantiles.

El MECD como agente rector, a través de los consejeros estudiantiles de colegios privados, estatales, traten de identificar los niños que muestran aprensión por diferentes causas, y traten de brindar terapia psicológica para la disminución de esta aprensión en diferentes situaciones.

Es vital, que las compañías de productos dentales, presenten anuncios televisivos, o de radio, medios escritos a través de cuentos dirigidos a la niñez, la importancia de acudir periódicamente al dentista, para prevenir ciertos problemas que mas adelante podrían convertirse en citas desagradables y traumáticas. Con esto no solo se mejora la salud bucal sino la calidad de vida del infante.

Es importante al atender a niños preguntarles si sienten el clima agradable, porque mucho se habla de presión baja en el infante, lo cual lleva a sudar helado y lo lleva a un proceso de paralización nerviosa. Los materiales y objetos que puedan distraer, cuentos libros televisor juguetes, siempre ayudan.

En la primera consulta establecer un adecuado repport (clima de confianza) ser explicativo, dar confianza, tal como se ha planteado de acuerdo a las características según la edad.

Los uniformes no deben ser blancos, el carácter del dentista debe ser alegre y demostrar confianza, los materiales usados deben ser con saborizantes del agrado de los niños; así como los guantes, la decoración del lugar con colores llamativos. Aunque se invierta un poco más en la adquisición de materiales, el paciente infantil regresara a consulta dental con mayor constancia.

**GUIA DE ENTREVISTA.**

**No** \_\_\_\_

**Sexo M** \_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_

**F** \_\_\_\_

**Soy estudiante de la Universidad Americana UAM, realizando un trabajo para investigar que piensan los niños de tu edad sobre el miedo al tratamiento dental. Les agradecería me dediquen 5 minutos de su tiempo para realizarles unas preguntitas.**

**1-Sabes que es un dentista que hace?**

**2Te han llevado a revisar tus dientecitos?**

**3-Que sentís cuando te llevan al dentista?**

**4-Alguna vez te dijeron algo sobre el doctor que cuida tus dientecitos? quien te hablo de este doctor?**

**5-Cuando llegaste a la clínica, como te trato el dentista?**

**6-Si te trato bien que te dijo? y si te trato mal que te dijo?**

**7-Te explico lo que te iba hacer? que fue lo que dijo?**

**8-Cuando estabas sentado en la silla, que pensaste en ese momento?**

**9-Te llevaron nuevamente al dentista, a revisar tus dientecitos?**

---

***Carla María Cárdenas Morales.***

**10-Era el mismo dentista que te reviso la primera vez tu dientecitos?**

**11-Ahora como ves al doctor? Es mas agradable? le tenes mas confianza?**

**12- Te gusta la clínica a la que asistes? o la clínica a la que llevaron? Porque?**

**13-Que te pone nervioso de la clínica? Que es lo que no te gusta de la clínica?**

**14-Como te gustaría que sea la clínica, para que te sientas bien?**



## **Instructivo**

Soy estudiante de la Universidad Americana, UAM, realizando un trabajo para investigar que piensan los niños de tu edad sobre el miedo al tratamiento dental. Les agradecería me dediquen 5 minutos de su tiempo para realizarles unas preguntitas.

Anotar No de entrevistado (ejemplo, No1) se tendrá una lista con los nombres de los niños (as) a entrevistar.

Objetivo: Establecer la relación del sexo y edad en la manifestación de la aprensión al tratamiento dental.

Anotar edad en numero de años cumplidos en la casilla que corresponde según manifieste el niño(a).

Anotar sexo del niño(a) en la casilla correspondiente según características fenotípicas, masculino o femenino.

Objetivo: Describir la percepción del niño(a) hacia el dentista.

Anotar respuesta que manifieste el niño(a) a la pregunta correspondiente.

Sabes que es un dentista? Que hace?

Que sentís cuando te llevan al dentista?

Alguna vez te dijeron algo sobre el doctor que cuida tus dientecitos? quien te hablo de ese doctor?

Cuando llegaste a la clínica como te trato el dentista?

Si te trato bien que te dijo? Si te trato mal que te dijo?

Te explico lo que te iba hacer?

Cuando estabas sentado en la silla que pensaste en ese momento?

Volviste al dentista a revisar tus dientecitos?

Era el mismo dentista que te reviso la primera vez?

Ahora como ves al doctor? Más agradable, le tenes confianza.

Objetivo: Determinar, como las actitudes de los padres hacia el tratamiento dental repercuten en la conducta de los niños(as) a tratar.

Alguna vez te dijeron algo sobre el doctor que cuida tus dientecitos?

Quien te habló de ese doctor? Que te dijeron?

Objetivo: Describir el ambiente del consultorio como factor de aprensión del niño(a) al tratamiento dental.

Te gusta la clínica a la que asistes? O la clínica a la que te llevaron, porque?

Que te pone nervioso de la clínica? Que es lo que no te gusta?

Como te gustaría que sea la clínica para te sientas bien?

Toda la información será grabada y posteriormente procesada para disminuir el tiempo de entrevista y obtener toda la información que el niño brinde.

**INDICE DE TABLAS.**

Tabla 1. Numero de niños(as) expresados en porcentaje.....	40
Tabla 2. Edades expresadas en porcentaje.....	41
Tabla 3. Percepción del niño en porcentaje.....	42
Tabla 4. Percepción del niño respecto al ambiente.....	43
Tabla 5. Resultados sobre aprensión infantil.....	44
Tabla 6. Sobre actitud de los padres.....	45
Tabla 7. Sobre experiencias pasadas.....	46
Tabla 8. Aprensión –ambiente.....	47
Tabla 9. Edad ambiente.....	48
Tabla 10. Edad- actitud de padres.....	49
Tabla 11. Edad-sexo.....	50
Tabla 12. Aprensión sexo.....	51
Tabla 13. Actitud de padres- aprensión.....	52
Tabla 14. Experiencias pasadas- sexo.....	53
Tabla 15. Actitud de padres- experiencias pasadas.....	54
Tabla 16. Experiencias pasadas – Ambiente.....	55

**INDICE DE GRAFICOS.**

Grafico 1. Numero de niños(as) expresados en porcentaje.....	56
Grafico 2. Edades expresadas en porcentaje.....	57
Grafico 3. Percepción del niño en porcentaje.....	58
Grafico 4. Percepción del niño respecto al ambiente.....	59
Grafico 5. Resultados sobre aprensión infantil.....	60
Grafico 6. Sobre actitud de los padres.....	61
Grafico 7. Sobre experiencias pasadas.....	62
Grafico 8. Aprensión - Ambiente.....	63
Grafico 9. Edad ambiente.....	64
Grafico 10. Edad- actitud de padres.....	65
Grafico 11. Edad-sexo.....	66
Grafico 12. Aprensión sexo.....	67
Grafico13 Actitud de padres- aprensión.....	68
Grafico 14. Experiencias pasadas- Sexo.....	69
Grafico15. Actitud de padres- experiencias pasadas.....	70
Grafico16. Experiencias pasadas-ambiente.....	71

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1-Dicaprio, N. S. " Teorías de la Personalidad " 2da Edición. México. Ed. Hill McGraw 1989 pp 153.
- 2- E. Barbería Leache. – Odontopediatría 2da. Edición. Masson S.A. Barcelona España. pp 115-125, cap 6 pág 127-137.
- 3-Finn S. " Odontología Pediátrica " Ed. McGraw Hill México.pp 1-39.
- 4-Goldman Howard " Psiquiatria General " 2da. Edición. Ed. El Manual Moderno 1992 pp 53, 66, 115-125.
- 5-Narramore Clyde M. " Enciclopedia de Problemas Psicológicos " 9na Edición. Miami Fl. Ed. Unilit y Logoi Inc 1970 pp 259, 416.
- 6-Pinkham " Odontología Pediátrica " 2da. Edición. McGraw Hill 1996. Editorial Inter-americana S.A. de CV México. Cap 1, 1-12; Cap 12, 179; Cap 17, 259; Cap 28, 415-416.

## **INTERNET**

- 7-Ansiedad y fobias. <http://www.geosalud.com/saludmantal/ansiedad-fobias.html>
- 8-El diálogo con el Odontólogo y el Psicólogo  
<http://www.odontologiaonline.com/paciente/pac09/pac09.html>
- 9-El miedo al dentista. <http://www.clinicaeuroden.com/miedodentista.html>

10-El miedo al dentista.

<http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0245818622300.html>

11-El miedo. <http://www.diriomedico.com/entorno/ent06020lcombis.html>

12-Los Adultos. <http://www.odontomarketing.com/art108cot2003.html>

13-Psicología del Desarrollo. Un enfoque sistémico.

<http://www.edivoc.es/libroweb/3/index.html>

14-Psicología Infantil. <http://www.fortunecity.com/campus/lawns380/psicoinf.html>

15-Salud <http://www.healthys.org/dis.com/tooth.español.html>

16-Salud. <http://www.brs.sld.cu/revistas/est/vol39-3-02/est03302.html>